

SSA-2001
6968

Observatorio Epidemiológico en Drogas

2001
El fenómeno de las adicciones en México

Consejo Nacional contra las Adicciones
Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades
Dirección General de Epidemiología
Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*
Instituto Mexicano del Seguro Social
Centros de Integración Juvenil, A.C.
Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos A.C.



Observatorio Epidemiológico en Drogas

El fenómeno de las adicciones en México
2001
NOVIEMBRE

Consejo Nacional contra las Adicciones
Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades
Dirección General de Epidemiología
Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*
Instituto Mexicano del Seguro Social
Centros de Integración Juvenil, A.C.
Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos, A.C.



SECRETARÍA DE SALUD

Dr. Julio Frenk Mora
SECRETARIO DE SALUD

Dr. Enrique Ruelas Barajas
SUBSECRETARIO DE COORDINACIÓN SECTORIAL

Dr. Roberto Tapia Conyer
SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES

Dr. Roberto Castañón Romo
SUBSECRETARIO DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO

Lic. María Eugenia de León-May
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

Dr. Guido Belsasso
COMISIONADO DEL CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

Dr. Misael Uribe Esquivel
COORDINADOR GENERAL DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD

Dr. Eduardo González Pier
COORDINADOR GENERAL DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

Lic. Gustavo Lomelín Cornejo
DIRECTOR GENERAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL

CONSEJO NACIONAL CONTRA LA ADICCIONES

Dr. Guido Belsasso
COMISIONADO

Dr. Agustín Vélez Barajas
DIRECTOR GENERAL DE TÉCNICA EN ADICCIONES Y SALUD MENTAL

Lic. Alejandro Fernández Varela
DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN Y DESARROLLO CONTRA LAS ADICCIONES

Dr. Víctor Arriaga
DIRECTOR GENERAL DE COOPERACIÓN Y DIFUSIÓN EN ADICCIONES Y SALUD MENTAL

Dr. Salvador González
DIRECTOR GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Este reporte es producto del trabajo de un grupo de investigadores, provenientes de diferentes instituciones, conformado por las siguientes personas:

COORDINACIÓN

Ma. Elena Medina-Mora

PARTICIPANTES

SECRETARÍA DE SALUD

CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

Manuel Tovilla

Luis Solís

Mariana Belló

Víctor Arriaga

Karen Aspuru

SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES

Roberto Tapia Conyer

DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

Pablo Kuri

Patricia Cravioto

Blanca de la Rosa

Fernando Galván

Estela Fernández García

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ

Arturo Ortiz

Jorge Villatoro

Alejandra Soriano

Jorge Galván

Estela Rojas

Clara Fleiz

Cintia Rojano

Lucía Vázquez

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Alejandro Córdova Castañeda

ENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, A.C.

Víctor Manuel Guiza Cruz

Ricardo Sánchez Huesca

David Bruno Díaz

Roxana Negrete Lepe

Mario Carlos Balanzario

Isalas Castillo

Alma Gutiérrez

Raúl García

Jorge Luis Arellánez Hernández

INSTITUTO DE EDUCACIÓN PREVENTIVA Y ATENCIÓN DE

Ma. Elena Castro

Jorge Llanes

Mónica Marzain

índice

Presentación . . . . .	.5
Introducción . . . . .	.7
Resumen ejecutivo . . . . .	.9
ANTECEDENTES . . . . .	.11
I.i Alcances de la epidemiología . . . . .	.11
I.ii Las fuentes de información . . . . .	.12
I.iii Los compromisos internacionales . . . . .	.14
II. ESTUDIOS DE POBLACIÓN GENERAL Y GRUPOS ESPECIALES . . . . .	.17
— Estudios en población general: encuestas en hogares. Población entre 18 y 65 años . . . . .	.19
Ma. Elena Medina-Mora, Patricia Cravioto, Jorge Villatoro, Blanca de la Rosa, Clara Fleiz, Jorge Galván, Estela Rojas, Pablo Kuri, Roberto Tapia-Conyer	
— Estudios en estudiantes de enseñanza media y media superior. Ciudad de México . . . . .	.25
Jorge Villatoro, Ma. Elena Medina-Mora, Clara Fleiz, Cintia Rojano, Patricia Castro, Patricia Bermúdez	
— Estudio nacional de consumo de drogas en la población usuaria de la preparatoria abierta . . . . .	.33
Ma. Elena Castro S., Jorge Llanes B.	
III. SISTEMAS DE INFORMACIÓN . . . . .	.43
— El Sistema de Información en Drogas, SRID . . . . .	.44
Arturo Ortiz, Alejandra Soriano, Jorge Galván	
— El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, SISVEA	
Roberto Tapia-Conyer, Pablo Kuri, Patricia Cravioto, Blanca de la Rosa, Blanca Estela Fernández, Fernando Galván	
IV. SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA . . . . .	.65
— Uso de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil . . . . .	.66
David Bruno Díaz, Mario Carlos Balanzario, Isaias Castillo, Alma Gutiérrez, Raúl García	
— Atención de los trastornos relacionados con la farmacodependencia y adicciones . . . . .	.72
Instituto Mexicano del Seguro Social	
Alejandro Córdova Castañeda	
V. DEMANDA DE LA POBLACIÓN A TRAVÉS DE LOS SERVICIOS TELEFÓNICOS . . . . .	.75
— Servicio Telefónico de Orientación CONADIC . . . . .	.76
Victor Arriaga Weiss, Gabriela Rodríguez Rodríguez	
— Servicio Telefónico de Orientación en Adicciones: TELCIJ . . . . .	.78
Ricardo Sánchez Huesca, Víctor Manuel Guiza Cruz, Roxana Negrete Lepe	

presentación

El Observatorio Epidemiológico en Drogas pretende reunir los resultados de la investigación realizada por diferentes instituciones con el fin de que la información disponible en materia de adicciones en el país sea accesible para las personas encargadas de las políticas de salud, los prestadores de servicio, la comunidad académica y otros individuos interesados en el tema.

Se sustenta en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica que, de acuerdo con la norma, es coordinado por la Dirección General de Epidemiología (DGE), de la Secretaría de Salud (SSA), que compila, analiza y reporta los indicadores de mortalidad, morbilidad y consumo a través de la operación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA).

Se complementa con la información proveniente del Sistema de Información en Drogas (SRID), operado por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INP), que reúne datos de instituciones de salud y de procuración de justicia en la Ciudad de México. Además, se integra el registro de pacientes atendidos en Centros de Integración Juvenil (CIJ); así como los resultados de las encuestas nacionales y regionales coordinadas por la DGE, el INP y el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC); las encuestas en población escolar realizadas por la Secretaría de Educación Pública (SEP) y el INP, así como de los estudios especiales desarrollados por diferentes instituciones.

Sirve como base para cumplir con el compromiso adoptado durante la Asamblea General de Naciones Unidas del 10 de junio de 1998, en adhesión a la Declaración de Reducción de la Demanda, de establecer y reportar, bianualmente, la información proveniente de un sistema nacional orientado a evaluar en forma regular la naturaleza y magnitud del uso, abuso de drogas, así como de los problemas relacionados que se presentan en la población. Reúne información para elaborar el informe anual que requiere la Organización de las Naciones Unidas (ONU), además del reporte para el Mecanismo de Evaluación Multilateral de la Organización de Estados Americanos (OEA).

En este primer informe, las instituciones participantes presentan la descripción de sus sistemas de información, de los estudios especiales que han realizado, aportando los últimos resultados disponibles en el campo.

Dr. Guido Belsasso,
COMISIONADO DEL CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

introducción

El interés por el estudio del problema de las adicciones no es nuevo. En el inicio del siglo pasado había ya preocupación por el consumo de opio, morfina, codeína, heroína, cocaína y marihuana, la cual se manifiesta en diferentes regulaciones de control legal y de definición de los adictos como enfermos, sin una representación social del problema como amenaza.

A partir de la década de los años 70 se establece el estudio continuo del problema, entonces se inician las primeras encuestas en hogares en ciudades seleccionadas del país, así como los estudios periódicos en población estudiantil. Se evalúa la situación en centros de trabajo y en instituciones de readaptación social, se efectúan las primeras investigaciones en grupos vulnerables, se empieza el registro de población atendida en Centros de Integración Juvenil, todas estas actividades continúan hasta la fecha.

En la década de los 80 se amplía el Sistema de Registro de Información en Drogas (SRID), en la Ciudad de México, para incluir los casos detectados en instituciones de salud y de procuración de justicia. Centros de Integración Juvenil describe un brote de consumo de heroína en la frontera norte y lleva a cabo estudios en población escolar y penitenciaria de ciudades seleccionadas. Se continúan los estudios con poblaciones vulnerables, se efectúan las primeras encuestas nacionales de adicciones en población estudiantil y en población general urbana.

En los años 90 se establece el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) en ciudades seleccionadas; se realiza una encuesta nacional de población estudiantil, se efectúan la segunda y tercera encuestas nacionales en poblaciones urbanas, se lleva a cabo un estudio de menores trabajadores en espacios abiertos en 101 ciudades y se hacen estimaciones sobre las necesidades de tratamiento a partir de indicadores de oferta y demanda de drogas en diferentes regiones del país.

Al iniciar la primera década de este siglo se plantea la necesidad de contar con información actualizada, sistematizada y obtenida con metodologías comparables, por lo que se crea el Observatorio Epidemiológico en Drogas, cuyo primer esfuerzo es la presentación de este documento que constituye un informe de trabajo en lo que se refiere al diagnóstico del consumo de drogas ilegales y médicas fuera de prescripción.

Está dividido en seis capítulos cuyo contenido es:

- PRIMERO: antecedentes, contiene una introducción en la que se describen los alcances y los retos a los que se enfrenta el desarrollo de la investigación epidemiológica para la toma de decisiones, describe las fuentes de información disponibles y los compromisos internacionales.
- SEGUNDO: presenta los resultados más recientes y las tendencias que se desprenden de estudios de población general y grupos especiales, encuestas de hogares¹, y encuestas en población estudiantil de los sistemas tradicional y abierto².
- TERCERO: está dedicado a los sistemas de información, el SRID³ que opera en la Ciudad de México y el SISVEA⁴ que evalúa el problema en ciudades seleccionadas del país.
- CUARTO: contiene la información proveniente de los servicios de atención especializada sobre demanda atendida.
- QUINTO: se describe la demanda de información en los sistemas de atención telefónica del Consejo Nacional contra las Adicciones y de los Centros de Integración Juvenil.
- SEXTO: está dedicado a describir las tendencias del problema en las entidades federativas.

Realizadas por la Dirección General de Epidemiología y el INP.

Realizadas por la Secretaría de Educación Pública y el INP. Contiene además datos provenientes de estudios especiales realizados por los Consejos Estatales contra las Adicciones y el INEPAR

Coordinado por el INP.

Coordinado por la Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud

resumen ejecutivo

La investigación epidemiológica sobre las adicciones en nuestro país se inicia, de manera sistemática, a partir de la década de los años 70. Se han llevado a cabo encuestas, nacionales y locales, en hogares y en escuelas; se han realizado estudios en poblaciones de difícil acceso; asimismo, se cuenta con un registro de casos atendidos en unidades especializadas, además de que operan sistemas de vigilancia epidemiológica en ciudades seleccionadas en el país.

A pesar de estos esfuerzos, la naturaleza multifactorial y dinámica del problema que nos ocupa presenta aún retos importantes. Por tanto, se propone establecer un Observatorio Epidemiológico en Drogas que permitirá:

- I. Coordinar los esfuerzos de instituciones diferentes, reunir la información disponible y ponerla a disposición de los tomadores de decisiones;
- II. unificar criterios de medición y reporte, y
- III. fomentar el desarrollo y prueba de metodologías nuevas, así como el estudio de los fenómenos emergentes.

Este documento constituye el primer informe de un grupo de trabajo constituido por especialistas en la materia, quienes son los encargados de los registros y estudios epidemiológicos que realizan diversas instituciones. En esta ocasión se presenta el diagnóstico situacional del consumo de drogas ilegales y médicas fuera de prescripción. En publicaciones posteriores se incluirá el del uso y abuso de las sustancias legales: tabaco y alcohol.

A través de las encuestas en hogares, sabemos que el consumo de drogas está aumentando y, con esto, la proporción de la población que presenta dependencia. En 1988, 0.34% presentó tres o cuatro síntomas de dependencia, diez años después, la proporción aumentó a 0.7%. Por otra parte, se incrementó, en forma importante, el uso de cocaína además de que hay evidencias de que el uso de heroína también se ha incrementado en la región noroccidental del país.

Desafortunadamente, la proporción de personas que buscan ayuda es baja, sólo 14% de las que padecen tres o más problemas relacionados con el consumo reportan haber acudido a algún servicio de tratamiento.

Conjuntamente con los estudios en hogares se realizan encuestas en población estudiantil. La que se realizó entre los estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal, confirmó el incremento en el uso de drogas, asimismo, permite darse cuenta del desarrollo diferencial del fenómeno al interior de cada delegación política. Se ha podido observar que la preferencia de consumo, por tipo de droga, ha cambiado de manera que, actualmente, la marihuana y la cocaína son las drogas de mayor consumo. Entre 1975 y 1978, las sustancias más utilizadas entre los estudiantes fueron la marihuana, los inhalables y las anfetaminas, sin embargo, a partir de 1978, los inhalables se convirtieron en la de mayor uso; para 1997 la cocaína los superó en esta categoría.

El consumo de marihuana se incrementó en el periodo de 1991 a 2000, de 2.8 a 5.8%, el de cocaína también mostró un aumento considerable (de 1 a 5.2%), en tanto que el de inhalables disminuyó de 5 a 4%, de 1991 a 1997, aunque alcanzó un 4.3% en 2000.

Los datos señalan la necesidad de intervenir de manera inmediata en las delegaciones G.A. Madero, Iztapalapa, Coyoacán y Benito Juárez, pues muestran los índices de consumo más elevados. Asimismo, permiten preguntarse qué ha sucedido en Iztacalco y Venustiano Carranza, donde ha habido un decremento en el uso de algunas sustancias que anteriormente mostraban índices de consumo elevados.

En una investigación llevada a cabo entre jóvenes estudiantes de la preparatoria abierta, se observa que la tercera parte de esta población ha consumido alguna droga (no médica o médica fuera de prescripción). Asimismo, que las prevalencias para el uso *alguna vez en la vida* para anfetaminas (incluye tachas), marihuana, y sedantes, son mayores a las reportadas por los jóvenes que asisten a la escuela. Los índices más elevados de consumo de drogas ilegales se observaron en Baja California Sur, Distrito Federal, Durango, Guanajuato, Nayarit y Yucatán.

Además de estos estudios, que nos permiten conocer prevalencias de uso en diferentes poblaciones, se cuenta con sistemas de recopilación de información que permiten conocer, de manera más o menos continua, las tendencias del problema.

El Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID), que es un mecanismo para obtener datos provenientes de diversas instituciones de salud y procuración de justicia ubicadas en la Ciudad de México, documenta el incremento del consumo de cocaína, el cual ha superado al de la marihuana y los inhalables que tuvieron los primeros lugares hasta 1998. A partir de ese año, el consumo de cocaína ocupó el primer lugar, alrededor de 67 de cada 100 usuarios de drogas han empleado esta sustancia.

Por lo que respecta a los registros de los individuos que solicitan ayuda en algunos centros de atención especializada en todo el país, entre 1990 y 2000, indican, en primer lugar, el aumento del consumo de cocaína (incluyendo crack) al pasar de 12.2 a 71.4% en esta década (*uso alguna vez*). Por el contrario, el uso de solventes inhalables registró una disminución 61.8% en 1991 (año en que alcanzó la tasa más alta de prevalencia) a 35.2% en 2000.

Durante la primera mitad de la década de los 90, el consumo de marihuana se mantuvo relativamente estable, en los últimos cuatro años presentó una decrecimiento que lo llevó a situarse en 63.4% en 2000. El uso de depresores con utilidad médica oscila entre los 20 y 25 puntos porcentuales, mientras que el de alucinógenos, heroína y metanfetaminas presenta tasas menores, si bien debe subrayarse la tendencia creciente en el consumo de estas últimas. El porcentaje de casos que reportó haber usado *ice* o *cristal alguna vez en la vida* prácticamente se triplica entre 1996 y 2000, alcanzando niveles altos entre la población atendida en centros de atención de la zona noroccidental (Tijuana 81.7%, Mexicali 74.3%, San Luis Río Colorado 57.4%) y de la vertiente del Pacífico (Colima 16.6%, Culiacán 19.3%, Guasave y Durango cerca del 27%).

El consumo de heroína rebasa la media nacional en la población en tratamiento (5.2%), principalmente en centros del norte de la república. Esta situación también se presenta en centros ubicados en ciudades con alta migración como Zacatecas, Zac., Zamora, Mich. y Cuernavaca, Mor. Cabe señalar que las tasas de consumo más altas se registraron en pacientes atendidos en unidades de la región noroccidental (Chihuahua 23.6%, Ciudad Juárez 26%, Mexicali 32.9%, San Luis Río Colorado 46.8% y Tijuana 28.3%).

Además de los centros de atención gubernamentales, nuestro país cuenta con un número considerable de centros manejados por organismos no gubernamentales (ONG). El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) incorpora, entre otros indicadores, la información de esta fuente.

Dichos centros atienden a un porcentaje mayor de usuarios de heroína que los gubernamentales (2.9 y 0.2% respectivamente), lo mismo sucede con los usuarios de *cristal* (2.6 y 0.6%). Por lo que respecta a los usuarios de inhalables, la proporción es menor en las ONG, 7.2 contra 14%, en cuanto a la cocaína la situación es similar, 5.8 contra 12.7%.

El porcentaje de mujeres que solicitan ayuda en las ONG es mayor comparativamente. Otro dato que se registra es que las personas que acuden a estos servicios tienen, también comparativamente, menor escolaridad y están más involucradas con el consumo de drogas.

La información disponible nos indica la magnitud del problema, su distribución geográfica, además de ser útil para describir las tendencias del mismo. Ha dado cuenta, asimismo, de brotes epidémicos de consumo, así como de cambios en las prácticas por grupos de población, permite, también, observar la demanda atendida y la no atendida. Sin embargo, la lectura de los textos aquí presentados señala la diversidad de criterios y métodos de estudio utilizados, lo que en ocasiones dificulta la comparación de los datos.

Por lo tanto, al plantear la necesidad perentoria de crear un sistema que permita reunir el importante acervo de datos existentes, con el propósito de ponerlo a disposición de los tomadores de decisión y público interesado, se hace evidente el requerimiento de que se estimule la unificación de las metodologías y la adquisición de información en las áreas en que se carece de ella, para culminar con el desarrollo de un Observatorio Epidemiológico en Drogas.

Capítulo I.

antecedentes

I.I ALCANCES DE LA EPIDEMIOLOGÍA

La investigación epidemiológica es una herramienta clave para entender el problema del abuso de sustancias, desarrollar respuestas, así como medir su efectividad, de tal manera que las políticas y las intervenciones puedan modificarse para responder a situaciones cambiantes.

Idealmente los resultados de investigación deberían influir en la política y en la planeación estratégica para atender el problema del que se trate. Desafortunadamente, múltiples factores lo dificultan. Por una parte, el tiempo que tardan en desarrollarse los estudios no siempre coincide con la necesidad de instrumentar acciones; por otra, la poca difusión de los resultados obtenidos, además de las diferencias en los lenguajes de la ciencia y la política a menudo hacen difícil el desarrollo del quehacer político basado en la evidencia.

La ciencia y la política son esferas interrelacionadas, ligadas por redes de influencia en las que se discuten y validan diferentes maneras de entender el problema y, por tanto, de la respuesta social necesaria. Idealmente los últimos avances de la ciencia deberían ser usados como base en la toma de decisiones.

Para que esto ocurra es necesario conocer la magnitud y naturaleza del problema. Las estimaciones de prevalencia, en particular de la proporción de la población expuesta a diferentes riesgos, son un elemento fundamental para definir el tipo de intervenciones necesarias para tener éxito al enfrentar el problema.

Las preguntas clave para la toma de decisiones pueden agruparse de la siguiente manera:

- i) **¿Cuál es la extensión del problema?** (¿Qué proporción de la población usa sustancias?, ¿cuáles son sus patrones de consumo, el índice de uso / abuso / dependencia?, ¿qué proporción ha estado expuesta a diferentes riesgos?, entre otras.)
- ii) **¿Quién usa drogas?** (¿El uso de drogas afecta de manera diferente a grupos de la población?, ¿en dónde están estas personas?, ¿cuáles son las características de quienes usan drogas: edad, sexo, nivel socioeconómico?)
- iii) **¿Cuál es la naturaleza del problema?** (Las preguntas más comunes son ¿qué drogas se usan?, ¿por qué vía?, ¿qué proporción se inyecta drogas? En particular existe interés en conocer ¿cuál es el riesgo de desarrollar enfermedades infecciosas, de accidentes, sobredosis e interacción entre drogas?, ¿cuál es la relación con el crimen?, ¿qué amenazas a la seguridad pública se derivan de la intoxicación?, ¿cómo cambia la capacidad de los individuos afectados para cumplir con los roles sociales como padres de familia, trabajadores?, entre otras.)
- iv) **¿Cuáles son los costos que se derivan del abuso de sustancias?** (¿Los de atención a los enfermos tanto por la dependencia, como por las consecuencias sobre su salud por ejemplo cirrosis, pancreatitis, cáncer?, ¿cuáles son los costos para las víctimas del crimen, para la procuración de justicia?, ¿cuáles los asociados con mortalidad prematura y calidad de vida?, ¿con la pérdida de productividad?, en general todo lo que tiene que ver con este criterio).
- v) **¿Cuáles son las tendencias del problema?** (¿Aumenta?, ¿disminuye?, ¿los cambios se manifiestan igual en diferentes grupos de población? Más allá de estimaciones puntuales de la prevalencia es de interés entender las dinámicas del cambio y, por tanto, poder predecir futuros desarrollos).
- vi) **¿Cuáles son las causas de los cambios en los patrones de uso?** (¿Qué factores podrían explicar las modificaciones en la prevalencia del problema: aumento de la disponibilidad; cambios en reglamentos que regulan producción, distribución o venta de drogas legales; variaciones en las prácticas de los traficantes de sustancias ilegales, normalización del uso en la sociedad?)
- vii) **¿Qué se puede hacer?** (Los políticos a menudo se preguntan ¿existe algo que pueda detener el avance del problema? y, en su caso, ¿qué es? La respuesta a estas preguntas no es del dominio exclusivo de la epidemiología, sin embargo, ésta puede contribuir con información valiosa sobre los factores que incrementan el riesgo de uso y abuso, así como los que previenen estas conductas; también respecto al nivel de riesgo que presentan diferentes tipos de individuos, lo que permite definir la intensidad de intervenciones requeridas.
- viii) **¿Cuál es el impacto de las políticas?** (Quiénes las elaboran requieren información respecto a su impacto, de ahí que la epidemiología debe contribuir a su evaluación).

El Observatorio pretende, por una parte, reunir la información disponible para dar respuesta a estas y otras preguntas que puedan surgir, además de estimular la obtención de datos adicionales, así como de la investigación de aquellas áreas en las que se requiere de mayor evidencia y, por otra, sistematizar la información para ponerla a disposición de los tomadores de decisiones.

I.ii LAS FUENTES DE INFORMACIÓN

A. ESTADÍSTICAS DE MORTALIDAD

Los registros de mortalidad y morbilidad proporcionan información valiosa sobre causas atribuidas al abuso de drogas entre las que se encuentran: i) *Causas directas o totalmente atribuibles al abuso de sustancias*: Psicosis asociada a drogas; dependencia; abuso sin dependencia; síndrome de dependencia en el recién nacido; envenenamiento accidental con drogas, medicamentos y productos biológicos; efectos adversos del uso terapéutico de heroína, metadona, otros opiáceos y narcóticos relacionados y otras sustancias; suicidio y auto envenenamiento con drogas y sustancias médicas; homicidio por envenenamiento con éstas; lesión no determinada si es accidental o auto infligida por envenenamiento con drogas, medicamentos y otros; ii) *causas indirectas o sólo parcialmente atribuibles al abuso de drogas*: Infección con VIH; hepatitis viral B; hepatitis viral no - A, no - B; hepatitis C; endocarditis aguda y subaguda; homicidios, y iii) *egresos hospitalarios y otras estadísticas de instituciones de salud y procuración de justicia*.

B. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA)

Este Sistema opera desde octubre de 1990, coordinado por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud; su objetivo es detectar cambios en los patrones de consumo a través del tiempo, generar modelos de predicción, identificar problemas de representatividad en distintos niveles, alimentar la toma de decisiones, así como evaluar planes y programas.

Recaba información de una red integrada por instituciones dedicadas a actividades de prevención y tratamiento, las cuales generan algún tipo de reporte administrativo, tanto cuantitativo como cualitativo; eventos de mortalidad asociados con el consumo de drogas; además de los registros relacionados con los delitos por daños contra la salud. Los indicadores utilizados por esta estrategia son:

1. De tratamiento, derivados de los datos de los Centros de Integración Juvenil (CIJ) y centros de tratamiento no gubernamentales (ONG).
2. De mortalidad facilitados por el Servicio Médico Forense (SEMEFO).
3. De daños contra la salud proveniente del Informe Estadístico Uniforme para el Control de Drogas de la Procuraduría General de la República (PGR).

Recaba también información sobre los servicios de urgencias enclavados en el nivel de atención secundario.

Forma parte de una red internacional de sistemas que operan en Estados Unidos de Norteamérica, coordinado por el Instituto Nacional de Abuso de Drogas y en Centro, Sudamérica y el Caribe, coordinado por la Organización de Estados Americanos.

Sistema de Registro de Información en Drogas (SRID)

En el Instituto Mexicano de Psiquiatría, actualmente Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, se desarrolló el Sistema de Reporte de Información en Drogas -SRID-, en cumplimiento con los lineamientos de la Ley General de Salud de 1984 y, posteriormente, del Programa contra la Farmacodependencia de la Secretaría de Salud, de 1985, que encomiendan al INP la formación de un sistema de esta índole para la Ciudad de México.

La información proviene de instituciones de atención a la salud y de procuración de justicia del área metropolitana, las cuales tienen contacto con población general en la que algunos casos se autoidentifican como personas que usan, o han usado, alguna droga *alguna vez en la vida* fuera de prescripción. A éstos se les aplica el instrumento de evaluación.

Se trata de un sistema de registro de eventos en los que se obtiene información de todos los ingresos a las instituciones consideradas, independientemente del motivo del mismo.

Se entiende por evento al ingreso de individuos mayores de 12 años de edad que reconozcan haber consumido, al menos *una vez en la vida*, alguna droga fuera de prescripción médica, ya sea porque no le fue recetada o porque por su cuenta haya variado la dosis, frecuencia o tiempo de consumo de la prescripción. El consumo de alcohol y tabaco es explorado únicamente en relación con el consumo de otras drogas, por lo que se excluye del registro a aquellos que sólo consumen alcohol y/o tabaco.

La información se recopila durante los 30 días de los meses de junio y noviembre de cada año; en cada medición se emplean los mismos criterios metodológicos, así como el mismo instrumento y análisis de datos, para que la información pueda ser comparable. Opera desde el otoño de 1987.

Registro de casos en tratamiento, Centros de Integración Juvenil (CIJ)

CIJ reporta información proveniente de las consultas otorgadas en los 54 centros del país, asimismo, cuenta con diagnósticos del consumo de drogas en los municipios y delegaciones que atiende, éstos cuentan con:

- i) Una evaluación de la estratificación socio-urbana de los municipios realizada a partir de la información sobre la infraestructura urbana, los servicios públicos, las edificaciones y lo que ellos denominan "zona ambiental" que incluye indicadores de seguridad pública, existencia de áreas verdes y recreativas;
- ii) encuestas de opinión a informantes clave clasificados en tres categorías, informantes institucionales, personal directivo medio u operativo de instituciones públicas o privadas; informantes comunitarios y expertos que laboran en esa organización;
- iii) una encuesta de factores psicosociales en poblaciones de alto y bajo riesgo realizada entre estudiantes de quinto y sexto grados de primaria, los de secundaria y padres de familia.

C. ENCUESTAS EN POBLACIÓN GENERAL

Encuestas en hogares

Las primeras encuestas en hogares fueron realizadas en 1974, se siguió la estrategia de realizar estudios de ciudades con diferentes características y riesgo para el desarrollo del problema, de tal manera que se estudiaron así seis ciudades entre 1974 y 1979. Las encuestas nacionales se realizaron en 1988, 1993 y 1998, las dos últimas proporcionan información sobre algunas ciudades fronterizas y las grandes urbes del país.

Más recientemente, en la tradición de la epidemiología psiquiátrica, se ha estudiado la dependencia a sustancias y la comorbilidad psiquiátrica en poblaciones urbanas y rurales.

Las encuestas nacionales se realizaron con base en muestras probabilísticas de individuos de 12 a 65 años de edad, de ambos géneros, que habitan en localidades urbanas (más de 2, 500 habitantes), se utilizó un diseño de muestra estratificado y multietápico, se seleccionaron localidades, manzanas, hogares e individuos en cada una de las etapas.

La segunda encuesta incluyó un estudio específico sobre las ciudades de la frontera norte del país y dos grandes concentraciones urbanas (Monterrey y la Ciudad de México).

La tercera encuesta nacional, realizada en 1998, proporciona estimaciones de prevalencia de la población entre 12 y 65 años, que habita en regiones urbanas, el diseño permite obtener datos para población adolescente (12 a 17 años) y adulta (18 a 65 años) en el ámbito nacional y para tres regiones (Norte, Centro y Sur) e incluye información para tres ciudades de la frontera norte (Tijuana, Baja California; Ciudad Juárez, Chihuahua y Matamoros, Tamaulipas), asimismo, para las grandes áreas metropolitanas (Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey).

Otras fuentes incluyen las encuestas de epidemiología psiquiátrica realizadas en diferentes localidades, así como la encuesta nacional que se encuentra en fase de levantamiento de datos, la cual recaba información sobre dependencia al tabaco, alcohol y otras drogas así como su asociación con trastornos psiquiátricos y de la conducta.

Estudios en población estudiantil

El Instituto Nacional de Psiquiatría y la Secretaría de Educación Pública (SEP) han realizado mediciones epidemiológicas de tipo transversal con muestras representativas de la población estudiantil en los niveles de enseñanza media y media superior desde 1974.

A la fecha, se han realizado tres encuestas nacionales, durante los años de 1976, 1986 y 1991; las dos primeras en población urbana y la última con cobertura estatal e incluye, además, población rural.

En el Distrito Federal se han efectuado encuestas bi o trianuales desde 1976 hasta 1997, las dos últimas cubren las 16 delegaciones. Existen, además, un buen número de estudios locales que permiten profundizar en el fenómeno en diferentes zonas geográficas.

La Dirección de Sistemas Abiertos de la Dirección General del Bachillerato de la Secretaría de Educación Pública, usando la metodología del Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos (INEPAR), llevó a cabo un estudio nacional en 16,615 jóvenes que utilizaron los servicios de la preparatoria abierta en las 32 entidades del país, durante el periodo de marzo a mayo del año 2000. Como una contribución anual al Observatorio Epidemiológico, se prevé hacer el monitoreo de esta población con el propósito de conocer tendencias en las prevalencias del uso y abuso de drogas, alcohol y tabaco, así como otras conductas de riesgo,

al menos una vez al año, con una versión breve del IRPAJ (Inventario de Riesgo-Protección para Adultos Jóvenes). Así se evaluará el impacto de las intervenciones preventivas que se llevarán a cabo a través de manuales de autoayuda y orientación preventiva de parte de sus asesores académicos.

Estudios en poblaciones marginales, ocultas y de alto riesgo

Éste es el caso de las investigaciones realizadas para conocer cómo son los menores que trabajan o viven en las calles, o los estudios de los aspectos psicológicos y sociales asociados al consumo de cocaína en poblaciones ocultas, como es el caso de las mujeres y, más recientemente, de abusadores de heroína. Se utilizan métodos cualitativos que incluyen, entre otros, entrevistas con informantes clave, entrevistas a profundidad, grupos focales, observación participante y no participante, métodos de captura-recaptura, bola de nieve, muestreos propositivos o redes sociales.

I.iii LOS COMPROMISOS INTERNACIONALES

El consumo de la marihuana, los productos derivados de la planta de la coca, los opiáceos y los anfetamínicos, es un fenómeno mundial que afecta a todos los sectores sociales en todos los países, sin importar su nivel de desarrollo ni su ubicación geográfica. Si bien ha estado presente desde tiempos inmemoriales, durante la segunda mitad del siglo XX, se observó una tendencia creciente en el uso de estas sustancias.

La *globalización*, un proceso que se ha visto acelerado en las últimas décadas, ha significado, entre otras cosas, una intensificación de los contactos e intercambios entre sociedades, asimismo, del uso de los medios masivos de comunicación para difundir valores y prácticas culturales. Así como se reconoce que hay efectos positivos derivados de un mayor acercamiento económico, la creación de grandes mercados regionales y la liberalización del comercio, es innegable que las actividades ilícitas, como la delincuencia transnacional y las prácticas de abuso de sustancias, confinadas previamente a sectores sociales muy precisos, también están asociadas a la *globalización*.

Por su naturaleza, resulta difícil recopilar datos confiables sobre el consumo de drogas que faciliten comparaciones internacionales para contar con un diagnóstico certero de la dimensión del problema. El hecho de que algunas drogas controladas y con usos lícitos, particularmente de carácter médico, puedan ser desviadas hacia usos ilícitos, complica la recolecta de información. A pesar de lo anterior, el Programa de Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID) calcula, en su Reporte Mundial de las Drogas del 2000, que en el mundo había más de 180 millones de personas que consumían una o más drogas ilícitas a finales de la década pasada. De acuerdo a esas cifras, se estima que en el mundo hay cerca de 144 millones de usuarios de marihuana, 29 millones de consumidores de anfetamínicos, 14 millones que abusan de la cocaína y 13.5 millones que utilizan opiáceos, incluida la heroína.

Para responder en el ámbito doméstico al enorme reto que representa el consumo de drogas ilícitas para la salud pública, los gobiernos deben diseñar políticas para prevenir su uso. Por tanto, necesitan contar con sistemas confiables de información que permitan articular políticas públicas adecuadas para enfrentar este problema. Se requiere, pues, establecerlas, conjuntamente con estrategias y programas en materia de reducción de la demanda de drogas ilícitas, así como desarrollar sistemas nacionales para la obtención de información. Además, la naturaleza global obliga a compartir dicha información entre los países en el ámbito de foros bilaterales, regionales e internacionales y utilizar los datos para impulsar actividades de cooperación.

Al agravarse el problema de la producción, el tráfico, la distribución y el consumo de drogas ilícitas en el ámbito internacional, la comunidad mundial ha reforzado la atención al tema en la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y sus agencias especializadas. En el contexto regional, sobresalen las acciones emprendidas por los países americanos pertenecientes a la Organización de Estados Americanos (OEA), a través de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), y los 15 miembros de la Unión Europea por medio del Observatorio Europeo de Drogodependencia y Toxicomanías.

Los mecanismos existentes en la ONU y la Organización Mundial de la Salud (OMS) facilitan el intercambio de información sobre el consumo de drogas ilícitas y las adicciones en el ámbito global. Sobresalen la actividad que realiza el PNUFID para recopilar, en cuestionarios anuales, información variada sobre el consumo; el análisis que hacen los gobiernos en el ámbito de la Comisión de Estupefacientes para detectar las principales tendencias en las pautas de uso de drogas ilícitas; además de la labor de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) para examinar en detalle los problemas asociados con el desvío de sustancias lícitas hacia fines ilícitos. La JIFE revisa, también periódicamente, las estimaciones y el uso de diversas sustancias que pueden ser desviadas y formula observaciones a los gobiernos. Cada una de estas tres instancias tiene un mandato muy definido que incluye, naturalmente, la atención hacia el problema del consumo, que puede ser más intenso, en la medida en que los países se lo soliciten.

En fechas recientes sobresale la acción del gobierno de México por asegurar que se otorgue un tratamiento equilibrado al problema de las drogas pues, en ocasiones, la atención de la comunidad internacional ha estado centrada en el control de la oferta. Además, la cercanía al mayor centro consumidor de drogas genera la necesidad de impulsar la cooperación binacional para enfrentar el problema de la reducción de la demanda. Los foros multilaterales permiten acciones efectivas para contrarrestar el unilateralismo. Por ello, México promovió en 1998 la celebración de una cumbre antidrogas en la ONU que aprobó, entre otros documentos, una Declaración Política y una Declaración de Principios Rectores de la Reducción de la Demanda de Drogas, asimismo, fue uno de los países que impulsó activamente en el ámbito de la OEA la implantación de un Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM) para conocer los esfuerzos antidrogas de todos los países americanos. Naturalmente, como resultado de estas iniciativas, los gobiernos deben informar periódicamente sobre la situación prevaleciente en su interior en materia de consumo de drogas, complementando así los otros cuestionarios del PNUFID y de la JIFE.

En particular, la mencionada Declaración de Principios Rectores solicita a los países emprender sus acciones en materia de reducción de la demanda de drogas a partir de una "evaluación continua de la índole y la magnitud de los problemas del consumo y el uso indebido de drogas". Por ello, el Plan de Acción de esta Declaración pide a los gobiernos presentar un "informe nacional periódico sobre la situación actual y las tendencias en materia de drogas" así como el establecimiento "de un sistema nacional de recolección y análisis de datos de uso indebido de drogas".

Por otra parte, en el ámbito regional, el Plan de Acción para la Implementación de la Estrategia Antidrogas en el Hemisferio, aprobado en Washington en 1998, señala la importancia de desarrollar bases de datos y recopilar información sobre todos los aspectos relacionados con estas sustancias. Además, se establece que la recolección, el análisis y la difusión de información son componentes importantes de la reducción de la demanda que sirven para identificar los grupos de alto riesgo, sus características y necesidades; los obstáculos para la prevención y el tratamiento, además de las tendencias emergentes. Derivado de lo anterior, en la primera ronda del Cuestionario de Indicadores del Mecanismo de Evaluación Multilateral, que se llevó a cabo en 2000, se incluyó como un objetivo específico la evaluación de impacto/efectividad de los programas de prevención, tratamiento y rehabilitación del abuso de drogas, a través del diagnóstico periódico del uso de sustancias adictivas en la población general, edad promedio del primer uso de cualquier droga ilícita e incidencia anual de nuevos consumidores.

Ciertamente, la presentación de esta primera publicación del Observatorio Epidemiológico en Drogas muestra el compromiso del gobierno de México por poner en práctica compromisos internacionales derivados de estos instrumentos de la ONU y, en última instancia, al compartir esta información en el ámbito internacional, refleja una voluntad de cooperar para atender el problema mundial de las drogas.

Capítulo II.

estudios de población general y grupos especiales

Este capítulo contiene información de dos estudios nacionales, una encuesta en hogares en población urbana entre 18 y 65 años que analiza la proporción de la población que sufre dependencia a drogas y su distribución regional, y un censo de usuarios del sistema de educación abierto.

Las encuestas realizadas en muestras representativas de hogares proporcionan información sobre el problema en la población general, permiten captar a personas que tienen patrones experimentales y a grupos ocultos, así como determinar la proporción de demanda atendida y no atendida. En este sentido tienen ventajas sobre los estudios en población que solicita ayuda y sobre los que están dirigidos a las personas consumidoras de drogas en comunidades. Tienen la desventaja de que excluyen a población recluida en instituciones o sin lugar fijo de residencia, asimismo existe alguna evidencia de que puede no ser un buen método para el estudio del problema de consumo de heroína, finalmente, debido a que el estudio se realiza en el hogar del entrevistado, puede esperarse un bajo registro.

Las encuestas en población estudiantil son cuestionarios auto aplicados en muestras representativas de escuelas, usualmente el grupo escolar es la unidad de muestreo en la última etapa de selección. Proporcionan información de un grupo importante de la población. Debido a que se usa un cuestionario auto aplicable, se espera niveles más altos de respuesta. Los datos que recaban se refieren básicamente al uso experimental y son muy útiles para evaluar las tendencias del problema. Son estudios sencillos y económicos. Sin embargo, excluyen a la población de no estudiantes, quienes presentan índices mayores de consumo.

ENCUESTAS EN HOGARES

Estas encuestas son estudios dirigidos a estimar la magnitud del problema del consumo de sustancias en grandes grupos de población. La información se obtiene por medio de cuestionarios estandarizados completados por entrevistas cara a cara, realizadas en muestras representativas de hogares. Los estudios pueden hacerse en muestras transversales o planearse para producir resultados de tendencias, al estudiar muestras en diferentes periodos.

La encuesta puede proporcionar información muy valiosa sobre los niveles de consumo en la población, las tendencias y principales problemas, sin embargo, para que esta información sea precisa debe de tenerse especial cuidado en: i) la selección de muestras no sesgadas de población y ii) la confiabilidad de la información recabada.

Los datos se obtienen de informantes seleccionados aleatoriamente. Es práctica común en muchas encuestas de salud el obtener información respecto a todos los miembros del hogar a partir de un informante, usualmente aquel que se encuentra en la vivienda cuando se acude a ella, que con frecuencia es el ama de casa, en el estudio de las adicciones, esta práctica no es recomendable. El uso de drogas, al menos en las primeras etapas, tiende a ocultarse, un informante tendrá poco conocimiento de la dosis, frecuencia y cantidad de consumo, además, cuando la familia conoce el problema probablemente tenderá a ocultarlo. La *confiabilidad* de la información se garantiza a partir de *cuestionarios estandarizados* de calidad probada y encuestadores bien entrenados en el manejo de los instrumentos, hábiles para hacer entrevistas y crear un clima de confianza.

ESTUDIOS EN POBLACIÓN ESTUDIANTIL

Se presentan resultados de una encuesta realizada en población estudiantil de enseñanza media y media superior de la Ciudad de México, así como de un estudio nacional de usuarios del sistema de educación abierta.

Por su parte, la investigación de los usuarios del sistema de educación abierta es un censo, es decir, se distribuyeron cuestionarios entre todos aquellos jóvenes que en el transcurso de tres meses se acercaron a este sistema. Ellos tienen en promedio una edad superior a la observada en otros estudios; el instrumento de obtención de información y algunas rutinas de análisis de datos son diferentes, en particular el reporte del consumo de drogas con utilidad médica no es comparable. Mientras que el estudio realizado en la Ciudad de México reporta sólo el consumo de sustancias con efectos psicotrópicos y potencial de abuso, el de usuarios del sistema abierto reporta el consumo de cualquier sustancia de utilidad médica que haya sido usada con fines de estimulación o depresión.

Con el fin de dar una justa dimensión a los datos que se desprenden de los estudios realizados en población que recibe educación formal, es útil tener en cuenta que, en nuestro país, hablar de población estudiantil no es sinónimo de hablar de población joven, existe un gran número de éstos que desertan de sus estudios o no continúan con ellos, principalmente después del ciclo básico.

Gracias a los estudios que se han realizado en estas poblaciones sabemos que el uso de drogas entre los jóvenes no estudiantes es mayor que entre aquellos que asisten a la escuela; que no asistir regularmente a ésta es un factor de riesgo importante para el uso de drogas; que entre los jóvenes estudiantes de enseñanza media y media superior, aquellos que abandonan temporalmente sus estudios, los que no son estudiantes de tiempo completo y los que tienden a faltar a la escuela, presentan mayores índices de consumo (Smart y cols., 1981, Medina-Mora y cols., 1982, 1995).

Debido a estos factores se puede afirmar que los estudiantes constituyen un grupo protegido de la población en el que podemos esperar cifras menores de consumo, principalmente si se considera que los cuestionarios son respondidos por aquellos estudiantes que se encuentran presentes el día de la aplicación. Sin embargo, debido a que en muchos casos el consumo se inicia en la etapa escolar (ENA, 1998); a que los planteles escolares se diferencian en términos del grado en que sus estudiantes se encuentran involucrados con el uso de drogas (Castro y cols., 1988a; 1987a); así como a que el uso de éstas es un factor de riesgo para la deserción escolar, es importante conocer lo que sucede en la escuela, a fin de orientar los programas de prevención.

Los estudios en población estudiantil permiten responder a preguntas básicas sobre: i) la extensión, magnitud y tendencias del problema; las drogas que se están utilizando; los subgrupos de la población más afectados; las consecuencias del uso; ii) la asociación que existe entre el uso de drogas y otros problemas como la conducta antisocial; iii) la relación entre consumo de sustancias y factores sociales tales como la percepción de riesgo que implica usar diferentes tipos de drogas, de la tolerancia social frente al uso, de las consecuencias del consumo en el ambiente escolar, y iv) sobre su asociación con factores internos del individuo como son la autoestima y los problemas emocionales, entre otros.

Tienen la ventaja de que abordan un universo conocido, estudiantes matriculados, que puede abordarse en su medio, resulta relativamente fácil seleccionar muestras no sesgadas, su aplicación es rápida y económica en comparación con otras aproximaciones.

La validez de la información obtenida es alta debido a que: i) los estudiantes están familiarizados con responder cuestionarios, ii) su aplicación es anónima y por tanto es más probable que la veracidad y la consistencia interna de las respuestas sea satisfactoria. Cuando se ha comparado el método de auto reporte anónimo en el contexto de un grupo escolar, con la entrevista directa en estudios de hogares, se ha encontrado que los estudios de escuelas dan mejor información en términos del número de jóvenes que reportan usar o haber usado diferentes tipos de drogas (Medina-Mora y cols., 1979).

El estudio en usuarios del sistema de educación abierta, comparte las ventajas del auto reporte y complementa la información recabada en el sistema de educación formal.

Estudios en población general: encuestas en hogares. Población entre 18 y 65 años

Ma. Elena Medina-Mora¹; Patricia Cravioto²; Jorge Villatoro¹; Blanca de la Rosa²; Estela Rojas¹; Fernando Galván²; Clara Fleiz¹; Pablo Kuri²; Roberto Tapia-Conyer³

Los resultados sobre consumo de drogas derivados de la última Encuesta Nacional de Adicciones realizada en 1998 (ENA, 1998) han sido publicados en otros reportes (SSA, 1998), el capítulo que se incluye en este reporte aborda los problemas causados por el consumo, la dependencia a sustancias y las necesidades de tratamiento.

La encuesta proporcionó estimaciones de prevalencia de la población entre 12 y 65 años, que habitaba en regiones urbanas, el diseño permitió obtener datos para el grupo de adolescentes (12 a 17 años) y de adultos (18 a 65 años) en el ámbito nacional y para tres regiones (Norte, Centro y Sur), además de tres ciudades de la frontera norte (Tijuana, Baja California; Ciudad Juárez, Chihuahua y Matamoros, Tamaulipas), así como para las grandes áreas metropolitanas (Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey). En este trabajo se presenta la información de la población adulta.

El marco muestral utilizó la información del Censo de Población de 1995, se utilizó un diseño de muestra estratificado y multietápico, se seleccionaron localidades, manzanas en dichas localidades y segmentos de hogares en las manzanas en muestra. Se obtuvo información de todos los hogares en los segmentos seleccionados y a partir de ésta se eligieron los individuos para ser entrevistados. El tamaño de muestra fue estimado con base en una tasa de no respuesta de 16%, una tasa de prevalencia de 1% de cualquier tipo de sustancia y un nivel de precisión de 3% para estimación de tasas debajo de 25% y por arriba del 75% con un intervalo de confianza de 95%, asumiendo un valor de efecto de diseño de 1.5 (DEFF) debido al efecto de conglomerados derivado del diseño de muestra seguido. Estos estimadores determinaron un tamaño total de muestra estimado de 9,600 entrevistas.

En cada hogar en muestra se aplicó un cuestionario breve para obtener información sobre las condiciones de la vivienda, así como un listado de los datos socioeconómicos básicos de todos los habitantes de la misma. Con base en esta información se produjeron dos listados independientes de personas: uno para población adolescente (12 a 17 años) y otro para la adulta (18 a 65 años). Se excluyeron a los sirvientes, así como aquellas personas que no hablaban español o que tuvieran problemas mentales o de otro tipo que les impidiera contestar el cuestionario. Se seleccionó aleatoriamente a un adolescente en cada hogar elegible, los adultos fueron seleccionados con probabilidad igual.

Se visitaron un total de 13,288 viviendas, en 12,015 se completó la entrevista. La muestra final de adultos estuvo formada por 5,711 entrevistas con una tasa de respuesta de 87%.

La información se obtuvo mediante un cuestionario estandarizado, llenado a partir de una entrevista cara a cara, que ha sido extensivamente probado y utilizado en estudios previos, incluye los indicadores propuestos por la Organización Mundial de la Salud (Hughes y cols. 1980), probados en México en diferentes estudios (Medina-Mora, *et al*, 1981) y utilizados en las diferentes encuestas de hogares realizadas a partir de la década de los años 70 (Medina-Mora, *et al*, 1978); incluyendo las tres encuestas nacionales de adicciones realizadas en población urbana (SSA, 1988, 1993 1998). Los datos fueron obtenidos por encuestadores, previamente entrenados, estudiantes universitarios con antecedentes en ciencias sociales.

RESULTADOS

Los resultados de las encuestas en hogares realizadas en México señalan que la marihuana es la droga de preferencia de la población urbana entre 18 y 65 años (5.6% la ha usado *alguna vez* y 1% la ha usado en más de 50 ocasiones), seguida por la cocaína (1.7 y 0.3% respectivamente), los inhalables (0.9 y 0.2%), los alucinógenos y la heroína fueron reportados por una proporción pequeña de la población, 0.5 y 0.1% respectivamente.

Se observa un incremento en los índices de consumo de sustancias, por ejemplo entre la población adulta masculina, de 35 a 65 años, el consumo de marihuana aumentó de 3.6 a 9.8%, el de cocaína de 0.4 a 2.1%, el de inhalables de 0.5 a 1.1%, el de alucinógenos de 0.2 a 1.2% y el de heroína de 0.01 a 0.3%, entre 1988 y 1998.

- 1 Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
- 2 Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud
- 3 Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, Secretaría de Salud

También ha aumentado el índice de usuarios que continúan usando las sustancias después de haber experimentado sus efectos. Mientras que, en 1993, solamente el 8% de la población que había usado drogas continuaba haciéndolo en los treinta días previos a la encuesta, en 1998 el índice aumentó a 18%. Al considerar el tipo de droga, no se observaron diferencias en la práctica de inhalación de disolventes volátiles, en tanto que la tasa de continuidad creció 1.4 veces en el caso de la cocaína y se duplicó en el de la marihuana (cuadro 1). Estos datos coinciden con la percepción de la población, 84% de los varones y 79% de las mujeres coincidieron en pensar que el problema del abuso de sustancias en el país se estaba incrementando; 60% de los varones y 41% de las mujeres consideraron que era fácil, o muy fácil, conseguir drogas.

Ocho por ciento de los varones y dos de cada cien mujeres, son experimentadores, es decir, probaron los efectos de las drogas de 1 a 5 veces; 2.9 y 0.2% de cada grupo, son usuarios fuertes, es decir, han usado una o más drogas ilegales en más de 50 ocasiones (cuadro 2). La marihuana se asocia con más frecuencia con patrones experimentales que la cocaína o los inhalables; el índice de usuarios es menor en la medida en que aumenta el número de ocasiones de consumo para mostrar una elevación para más de 50 ocasiones, 19, 22 y 28% de los usuarios de estas sustancias reportaron ser usuarios fuertes, uso en más de 50 ocasiones (gráfica 1). La proporción mayor de usuarios fuertes se encuentra en el norte del país, en tanto que la zona sur es la que se encuentra menos afectada (gráfica 2).

En total 2% de la población urbana entre 18 y 65 años presenta problemas derivados del consumo de una o más sustancias, 1.7% tuvo uno o más síntomas de dependencia física y en 0.7% esto ocurrió en los doce meses previos al estudio. Las zonas Centro (2.5%) y Norte (2.1%) del país presentan los índices más elevados, hasta seis veces más que lo reportado por la población que habita en la zona Sur del país (0.6%). Entre las ciudades consideradas en el estudio, los índices más elevados se encontraron en Tijuana (6.7%), Ciudad Juárez (5%) y la Ciudad de México (3.3%), en Guadalajara se observa la misma proporción que la media nacional (2%), en tanto que Monterrey (1%) y Matamoros (0.9%) presentaron cifras inferiores al promedio del país (gráfica 4).

Cuatro de cada mil mujeres (0.4%) y 42 de cada mil varones (4.2%) presentaron tres o más síntomas, los problemas más frecuentemente reportados por ambos grupos fueron los psicológicos, en las mujeres los problemas físicos derivados del consumo de sustancias o de su suspensión ocuparon el segundo lugar, en tanto que entre los varones las dificultades sociales fueron más frecuentes (gráfica 3). Entre las mujeres, los problemas físicos más frecuentes fueron los de salud, en tanto que en los varones la dificultad de control (cuadro 3). Por lo que se refiere al aspecto emocional, los más frecuentemente reportados por las mujeres fueron de tipo depresivo, en tanto que entre los varones fueron más comunes los relacionados con la ansiedad, los hombres mencionaron dos veces más problemas de irritabilidad y cinco veces más de sentimientos de desconfianza que las mujeres (cuadro 4). Las dificultades sociales más señaladas en ambos grupos fueron de índole interpersonal en particular, discusiones con amigos y familiares, cuatro veces más varones reportaron haber sido arrestados o tener problemas económicos derivados de su uso de sustancias (cuadro 5).

Seis de cada mil varones adultos se han inyectado drogas, esto sólo ha ocurrido en cinco de cada cien mil mujeres, poco más de la mitad de éstos (56%), se habían expuesto a la inyección intravenosa en el año anterior al estudio, la sustancia que se asocia más frecuentemente con ésta vía de uso es la heroína, 73% de sus usuarios mencionaron haberse inyectado, en tanto que muy pocos usuarios de cocaína (1.2%) reportan esta forma de administración, uno de cada cinco usuarios por inyección, reportó haber utilizado una jeringa usada (cuadro 6).

Sólo una pequeña proporción de los usuarios de drogas han solicitado ayuda. Seis por ciento han buscado atención de algún tipo, esta proporción aumenta a 14% cuando únicamente se considera a aquellos que cumplen con el criterio de dependencia. Los servicios más frecuentemente utilizados son los del sector salud incluyendo a los Centros de Integración Juvenil (cuadro 7).

La población asocia con más frecuencia a la marihuana con el riesgo de dependencia, seguida por la cocaína y los inhalables, solamente 66% de los varones y 63% de las mujeres consideraron que la heroína producía dependencia, situación derivada, probablemente, de la poca familiaridad que hay con esta droga fuera de las zonas en donde se registra consumo elevado, lo que indica la necesidad de aumentar la información de la población (gráfica 5).

Si bien 70% de la población considera que los adictos necesitan tratamiento, solo 40 de cada cien perciben esta condición como enfermedad, uno de cada cinco piensan que un adicto es una persona débil. En la percepción de la población, con consenso entre hombres y mujeres, las granjas son las mejores opciones de tratamiento, seguidas por la de ser rehabilitados en su ambiente y por el internamiento psiquiátrico, menos del 1% consideró que encarcelar a los adictos era una opción para su rehabilitación (cuadro 8).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El consumo de drogas en México está aumentando y con esto la proporción que presenta dependencia. En 1988, 0.34% de la población presentó tres o más síntomas de dependencia física (Villatoro, *et al.*, 1996), diez años después la proporción aumentó a 0.7%.

Se incrementa en forma importante el uso de cocaína y, aunque las prevalencias de heroína detectadas por este método es baja, el 0.1% de la población reporta su uso y existen evidencias de que el país enfrenta un brote importante en la región noroccidental (Tapia-Conyer, *et al.*, 1999; Cravioto, *et al.*, 2001).

Junto con este aumento en el uso de sustancias con alto potencial adictivo, se presenta un incremento en la tasa de continuidad. Desafortunadamente, la proporción de personas que buscan ayuda es baja, sólo 14% de las que sufren tres o más problemas reportan haber acudido a algún servicio de rehabilitación.

Estos datos apoyan la reestructuración de los servicios de atención con el propósito de cumplir con las nuevas demandas derivadas del cambio epidemiológico del problema en el país. Respaldan, asimismo, la necesidad de ampliar los servicios de desintoxicación, las opciones de tratamiento ambulatorio en los servicios de salud, de servicios especializados y de centros de internamiento regionales en algunas entidades seleccionadas.

Esta reestructuración deberá acompañarse con esfuerzos encaminados a dar a conocer los servicios, además de alentar a la población para su uso. Se requiere apoyar la investigación orientada a conocer los caminos que usa la gente para conseguir tratamiento y las barreras que enfrenta el propio individuo y los servicios para su utilización. Se requiere realizar estudios sobre las necesidades de atención y demanda atendida y no atendida en las zonas rurales, especialmente en aquellas de alta migración internacional y en las ligadas al cultivo de sustancias ilícitas, en donde los retos para atender a la población son mayores.

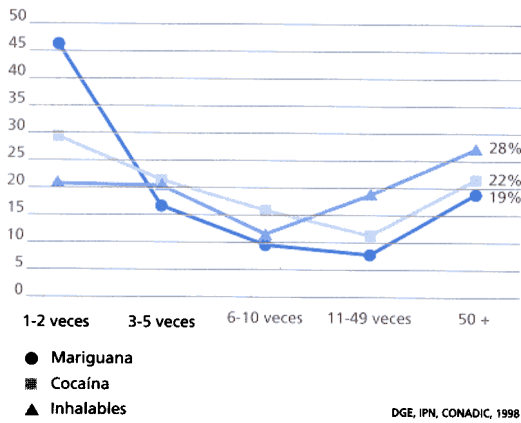
REFERENCIAS

1. Cravioto P.; Medina-Mora M.E.; Galván, F.; De la Rosa B. (2000). El problema de la heroína en Ciudad Juárez, Chihuahua. Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría. Protocolo de investigación en proceso. México.
2. Hughes P.; Venulet J.; Khant U.; Medina-Mora M.E.; Navaratnam V.; Poshychinda V.; *et al.* **Core Data for Epidemiological Studies of Non Medical Drug Use.** Geneva: WHO Offset Publication 56, 1980.
3. Medina-Mora, M.E. (1978). *Prevalencia del consumo de drogas en algunas ciudades de la República Mexicana. Encuestas en hogares. Enseñanza e Investigación en Psicología*, IV(7):111-125.
4. Medina-Mora M.E.; Gómez-Mont F.; Campillo-Serrano C. *Validity and Reliability of a High School Drug Use Questionnaire among Mexican Students. Bulletin on Narcotics*, XXXIII (4):67-76, 1981.
5. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría. **Encuesta Nacional de Adicciones. 1990.**
6. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría. **Encuesta Nacional de Adicciones. 1998.**
7. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. **Encuesta Nacional de Adicciones. 1993.**
8. Tapia-Conyer; R., Kuri P.; Cravioto P. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). Informe 2000.
9. Villatoro, J.; Medina-Mora, M.E.; Lopez-Lugo. E.; Juárez F.; Rivera, E.; Fleiz, C. *La dependencia y los problemas asociados al consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones. Salud Mental* V (19)3, 1-6, 1996.

GRÁFICA 1

Encuesta Nacional de Adicciones 1998

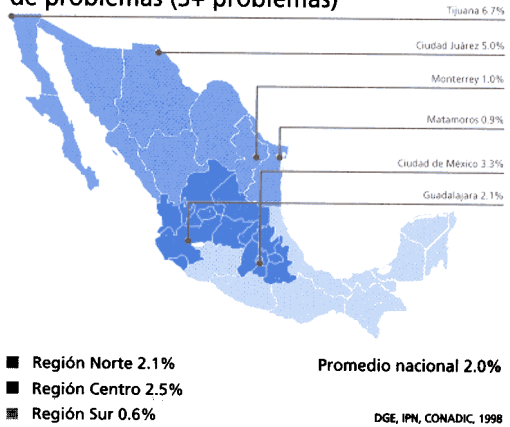
Número de veces que ha usado drogas



GRÁFICA 4

Encuesta Nacional de Adicciones 1998

Variaciones geográficas en los índices de problemas (3+ problemas)



GRÁFICA 2

Encuesta Nacional de Adicciones 1998

Experimentadores (1 a 5 veces)



Región Norte 3.1% Promedio nacional 3.3%
 Región Centro 3.7%
 Región Sur 2.8%

Usuarios fuertes (50 + veces)



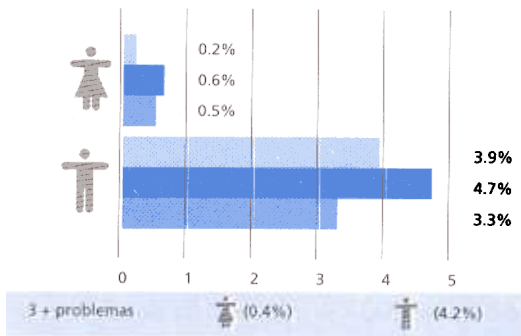
Región Norte 1.8% Promedio nacional 1.3%
 Región Centro 1.4%
 Región Sur 1.3%

DGE, IPN, CONADIC, 1998

GRÁFICA 3

Encuesta Nacional de Adicciones 1998

Población con problemas de drogas



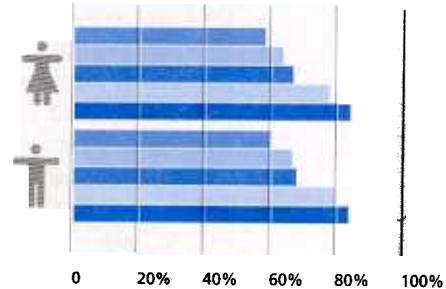
■ Problemas sociales
 ■ Problemas psicológicos
 ■ Problemas físicos

DGE, IPN, CONADIC, 1998

GRÁFICA 5

Encuesta Nacional de Adicciones 1998

Proporción que consideró que la sustancia producía dependencia



■ Marihuana
 ■ Cocaína
 ▲ Inhalables
 ■ Heroína
 ■ Alucinógenos

DGE, IPN, CONADIC, 1998

CUADRO 1 Encuestas Nacionales de Adicciones 1993-1998

Tasa de continuidad de uso

	Total de usuarios	Usaban en el último mes	Total de usuarios	Usaban en el último mes
Mariguana	100%	7.29%	100%	15%
Cocaina	100%	9.96%	100%	14%
Inhalables	100%	11.05%	100%	11%
Cualquier droga ilícita	100%	8.22%	100%	18%

DGE, SSA, 1993 DGE, INP, CONADIC, 1998

CUADRO 2 Encuesta Nacional de Adicciones 1998

Número de veces que ha usado drogas

	%	%
1 - 2 veces	6.4	1.1
3 - 5 veces	2.5	0.6
6 - 10 veces	1.5	0.3
11 - 49 veces	1.6	0.1
50 + veces	2.9	0.2
% del total de personas muestra		DGE, INP, CONADIC 1998

CUADRO 3 Encuesta Nacional de Adicciones 1998

Problemas físicos

	%	%
Alguna vez**:		
— ha dependido	10.1	7.8
— tratado de reducir	12.7	9.2
— tolerancia	8.0	8.5
Abstinencia		
— enfermado por reducir	7.2	4.6
— dolor y calambres	6.6	7.2
Problemas de salud	6.5	9.6
Total con problemas físicos	28.2	19.8
** % del total de usuarios		DGE, INP, CONADIC, 1998

CUADRO 4 Encuesta Nacional de Adicciones 1998

Problemas psicológicos

	%	%
Por el uso de drogas ha tenido problemas como:		
— tristeza / pérdida de interés	18.7	21.9
— dificultad para concentrarse	15.5	9.9
— nerviosismo / ansiedad	19.4	11.0
— irritabilidad / molestia	17.7	8.6
— desconfianza	14.8	5.3
— persecución / depresión / pérdida de la razón	10.6	8.8
Total con problemas psicológicos	31%	26%
% del total de usuarios		DGE, INP, CONADIC 1998



CUADRO 5 Encuesta Nacional de Adicciones 1998

Problemas sociales

	%	%
Por el uso de drogas ha tenido problemas como:		
— discusiones con la familia / amigos	20.5	7.6
— peleas	10.1	2.8
— ha sido arrestado	8.3	2.8
— en la escuela / trabajo	3.1	0.4
— económicos	8.1	1.9
con padres de familia / amigos / escuela / trabajo / policía	14.6	10.6
% del total de usuarios		DGE, INP, CONADIC, 1998

CUADRO 6 Encuesta Nacional de Adicciones 1998

Uso por vía intravenosa

		
¿Se ha inyectado?	96,323 (0.6%)*	10,558 (0.05%)*
Último año	56**	
Droga:		
Cocaína	1.2***	
Heroína	7.3***	
¿Ha usado jeringa usada?	19%**	
¿Alguien la ha usado después?	27%**	
* % del total de usuarios	DGE, INP, CONADIC, 1998	
** % del total de personas que han usado drogas vía intravenosa		
*** % del total de usuarios de cada droga		

CUADRO 7 Encuesta Nacional de Adicciones 1998

Solicitud de ayuda

	%	%
¿Ha necesitado ayuda médica de urgencia?*	3.3	3.1
¿Ha solicitado tratamiento?	5.8	6.5
Sector Salud**	47.7	41.6
Religiosas**	10.7	6.9
Autoayuda / ONG's**	16.7	—
Privado*	28.6	51.4
14% de la población con dependencia ha solicitado ayuda		
* % del total de usuarios	DGE, INP, CONADIC, 1998	
** % del total que han solicitado ayuda		

CUADRO 8 Encuesta Nacional de Adicciones 1998

Percepción del adicto y del tratamiento

	%	%
Un adicto es una persona:		
— enferma	40	41
— debil	27	25
— que necesita ayuda	67	70
Mejor opción de rehabilitación:		
— por su cuenta	12	10
— cárcel	0.7	0.6
— internado psiquiátrico	24	26
— granja	40	41
— en su ambiente	23	22
— buscar a Dios	—	0.1
	DGE, INP, CONADIC, 1998	

Estudios en estudiantes de enseñanza media y media superior. Ciudad de México

Jorge Villatoro; Ma. Elena Medina-Mora; Clara M. Fleiz Bautista; Cintia J. Rojano Fernández¹; Patricia Bermúdez; Patricia Castro²

INTRODUCCIÓN

Las mediciones epidemiológicas de tipo transversal en muestras representativas de la población estudiantil en los niveles de enseñanza media y media superior han permitido evaluar la magnitud del consumo de sustancias en la comunidad estudiantil, establecer cuáles son los subgrupos más afectados de la población, así como determinar los factores que favorecen o previenen la experimentación con sustancias, su abuso y la aparición de problemas.

Los índices de consumo de drogas que se derivan de la medición del año 2000, se encuentran en proceso de publicación (Villatoro, *et al.*, 2001), en este reporte se presentan las tendencias delegacionales según se desprenden de los estudios realizados en 1993, 1997 y 2000 (Medina-Mora y cols., 1994; Villatoro y cols., 1998, 2001).

ANTECEDENTES

La droga de mayor consumo entre la población estudiantil es la marihuana, que ocupa el primer lugar de preferencia en esta población desde 1997, cuando desplaza a los inhalables que desde 1978 mostraron las cifras más altas. El uso de marihuana aumentó de 1.9 a 5% entre 1976 y 1997, el consumo de esta sustancia mostró incrementos significativos en 1978 y en 1997 (Castro y cols., 1986; De la Serna y cols., 1989; Medina-Mora y cols., 1991, 1993; Villatoro y cols., 1997).

Según se desprende de estas mismas encuestas entre escolares, en la década de los años 70, el abuso de inhalables era propio de las clases más desfavorecidas de la población. Sin embargo, para 1984, el índice de usuarios de esta sustancia era similar en escuelas ubicadas en zonas con diferente nivel de servicios y características de ingreso y empleo de sus habitantes (Castro y cols., 1986). No es sino hasta los últimos años que este uso parece estar disminuyendo ante el cambio de preferencias de la población usuaria por la cocaína, según se desprende de las encuestas de escuelas que señalan que el uso entre varones descendió de 4% en 1991 a 3% en 1997. (Medina-Mora y cols., 1993; Villatoro y cols., 1999).

Los estudios llevados a cabo en población estudiantil reflejan también un incremento en el índice de menores que han experimentado con la cocaína, en la Ciudad de México aumentó de 0.5% en 1976 a 4% en 1997, con dos brotes importantes en 1989 y en 1997, en este último año se encontró que el 4% había experimentado con esta sustancia y el 1% la usó en el último mes (Castro y cols., 1986; De la Serna y cols., 1989; Medina-Mora y cols., 1991, 1993; Villatoro y cols., 1999).

Los alucinógenos muestran cifras menores de consumo, 1.9% de los varones y 0.8% de las mujeres reportaron haber experimentado con ellos en 1997. En este mismo año, se encontró que 0.9% de los estudiantes habían usado éxtasis.

MÉTODO

La metodología empleada mantuvo los aspectos básicos de las mediciones anteriores que se han realizado en el D.F., esto facilita la evaluación de las tendencias en el consumo de drogas, alcohol y tabaco, y de los cambios en los factores de riesgo asociados al consumo de dichas sustancias.

Posteriormente a la aplicación, tanto los supervisores como el coordinador central hicieron una verificación adicional con el fin de:

- i) clasificar las sustancias reportadas por los estudiantes,
- ii) verificar que se trataba de una droga y que se usara con motivos de intoxicación, y
- iii) detectar, corregir o, en su caso, eliminar cuestionarios inconsistentes.

1 Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

2 Secretaría de Educación Pública

POBLACIÓN Y MUESTRA

El diseño de muestra plantea la estimación de las tendencias sobre el uso de drogas en los estudiantes de enseñanza media y media superior del D.F., especificando el grado de contribución de cada delegación política a la magnitud del problema. Para la estimación del tamaño de muestra se consideró:

- A) La distribución del uso de drogas por sexo, grupo de edad, nivel escolar y tiempo dedicado al estudio.
- B) Las prevalencias en el ámbito delegacional para el uso de alcohol y tabaco por sexo, grupo de edad, nivel escolar y tiempo dedicado al estudio.
- C) Las prevalencias en el ámbito delegacional para el uso de inhalables, anfetaminas, marihuana, tranquilizantes y cocaína, por sexo, grupo de edad, nivel escolar y tiempo dedicado al estudio.

El marco muestral fue el registro oficial de la SEP de las escuelas de enseñanza media y media superior, que se encuentran en una base de datos computarizada.

Se seleccionaron aleatoriamente escuelas al interior de cada una de las 16 delegaciones políticas. El diseño de muestra fue estratificado, bietápico y por conglomerados, la variable de estratificación fue el tipo de escuela: secundarias, bachilleratos y escuelas técnicas o comerciales a nivel bachillerato. La unidad de selección en la primera etapa fueron las escuelas y después el grupo escolar al interior de éstas. Se planeó por conglomerados (grupos) con la intención de optimizar los tiempos de los aplicadores y disminuir costos de trabajo de campo. La muestra obtenida de grupos y alumnos es autoponderada por delegación, con objeto de facilitar el mecanismo de estimación y el procesamiento de datos.

Se consideró una tasa de no respuesta del 15% que es la que se ha encontrado en estudios previos. El nivel de confianza de la muestra fue del 95%, con un error absoluto promedio del 0.004. La prevalencia más baja a considerar fue para la cocaína con un 2% para el *consumo del último año*. Con base en estos parámetros se calculó una muestra aproximada, tomando en cuenta la tasa de no respuesta, de 340 grupos escolares, con una media de 35 alumnos por grupo. De las escuelas seleccionadas, solamente siete rechazaron participar.

INSTRUMENTO

El instrumento que ha sido previamente validado y cuyos indicadores principales se han mantenido en las diversas encuestas, fue aplicado en tres formatos debido a su extensión, con un tiempo promedio de 75 minutos. De esta manera, las secciones que se mantuvieron iguales para todos los sujetos fueron:

Datos sociodemográficos, consumo de drogas, alcohol y tabaco, problemas relacionados con el consumo de drogas, conducta y actitud antisocial, intento e ideación suicida, disponibilidad, tolerancia social y percepción de riesgo del consumo de drogas, normas y ambiente familiar, autoestima.

Cada formato se aplicó a una muestra de tamaño similar e incluyen lo siguiente:

- Formato A: se incluye la evaluación del tiempo libre; trastornos de la alimentación; nivel de depresión; la relación de los medios de comunicación con el consumo de tabaco y alcohol, así como los hábitos de estudio.
- Formato B: las secciones de conducta sexual; percepción de los maestros y fuentes de apoyo.
- Formato C: las secciones adicionales en las que se indaga sobre los lugares donde los adolescentes acostumbran beber y comprar bebidas alcohólicas, medidas para disminuir el consumo de alcohol, creencias, razones y problemas asociados con éste.

PROCEDIMIENTO

El diseño operativo de la encuesta incluyó un coordinador central, tres supervisores y 30 encuestadores, seleccionados entre un total de 40 sujetos capacitados. El curso tuvo una duración de 18 horas, e incluyó aspectos conceptuales relacionados con las adicciones, antecedentes y los objetivos del proyecto; el manejo del cuestionario además de las instrucciones para su aplicación y para la selección de los grupos. Se puso especial cuidado en que los encuestadores supieran transmitir instrucciones que garantizaran a los alumnos la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas. Los supervisores vigilaron el trabajo de campo en una zona o delegación específica, ayudaron a los encuestadores a solucionar problemas como localización y permisos de entrada a las escuelas. Los encuestadores realizaron la selección predefinida de grupos en la escuela y la aplicación de los cuestionarios.

Para la captura y validación de la información, se elaboró un programa de cómputo que verifica la congruencia de las respuestas, después, se llevó a cabo una nueva depuración para la revisión directa de los cuestionarios.

Finalmente, para el cálculo de los intervalos de confianza (Cuadros 1 y 2), se utilizó el programa STATA versión 7.0, que contempla el cálculo de los mismos para diseños de muestras complejas. Los demás análisis fueron realizados con el programa SPSS versión 10.

RESULTADOS

El uso de drogas *alguna vez en la vida* en esta población ha mostrado variaciones importantes, los índices se han incrementado y ha cambiado la elección del tipo de sustancias. Entre 1975 y 1978, las drogas que más se consumieron entre los estudiantes fueron la marihuana, los inhalables y las anfetaminas, sin embargo, a partir de 1978, los inhalables se convirtieron en la droga de mayor uso, y en 1997 la cocaína superó a los inhalables. El consumo de marihuana se incrementó de 1991 a 2000 de 2.8 a 5.8%, la cocaína también mostró un aumento considerable (de 1 a 5.2%) en tanto que el uso de inhalables disminuyó de 5% en 1991 a 4% en 1997 y alcanzó 4.3% en 2000 (Figura 1).

Los índices de consumo de cualquier droga ilegal incluyendo en este grupo a los inhalables en estudiantes que cursan secundaria o nivel equivalente es de 7.1% para el *uso alguna vez*, y 4.7% para el *consumo en el último año*; aumenta a 14.1 y 8.6% respectivamente entre aquellos que cursan el bachillerato y a 17.6 y 9.6% en el bachillerato técnico.

RESULTADOS DELEGACIONALES

Las tendencias del consumo por delegación se presentan utilizando el parámetro de *consumo en los últimos 12 meses*. Se expone primero la situación de cada delegación en comparación con la prevalencia de consumo del Distrito Federal derivados de la medición 2000 y luego se comparan las tendencias 1993, 1997, 2000 al interior de cada delegación (Cuadros 1 a 4 y figuras 2 a 4). Los índices significativamente mayores o menores se hacen con base en el intervalo de confianza de las estimaciones para la muestra global del Distrito Federal (Cuadro 5).

ÁLVARO OBREGÓN

Esta delegación (Cuadro 1), sobresale por su nivel más alto de consumo de inhalables y alucinógenos que muestran índices superiores a la media del Distrito Federal. El índice de consumo de marihuana por parte de los estudiantes que asisten a escuelas de esta localidad es similar al de la población total de estudiantes de la capital del país, en tanto que el consumo de cocaína es significativamente inferior, sin embargo, en los varones, entre 1993 y 2000 éste aumentó de 1.2 a 4.2%.

ATZCAPOTZALCO

Los estudiantes que asisten a escuelas en esta delegación, presentan las mismas tasas de consumo de marihuana, alucinógenos e inhalables que la media del Distrito Federal y tasas más altas de cocaína. Las drogas de mayor consumo son la cocaína y la marihuana; el consumo de la primera se incrementó en los varones de 1.5% en 1993 a 5.1% en 1997 y de 0.3 a 2.5% en las mujeres, en este mismo periodo.

BENITO JUÁREZ

El consumo de marihuana (5.4%), cocaína (3.3%) y alucinógenos (1.3%) en esta delegación es significativamente más alto que la media del Distrito Federal (3.4, 2.9 y 1% respectivamente), en tanto que el consumo de inhalables es igual al promedio. El incremento en los índices de consumo de marihuana y cocaína entre los varones se observó entre 1993 y 1997, en tanto que entre las mujeres entre 1997 y 2000.

COYOACÁN

Esta delegación presenta índices significativamente más altos que el promedio para la capital del país en el consumo de marihuana (5%), cocaína (3.6%) y alucinógenos (1.2%) en tanto que la inhalación de disolventes inhalables (0.8%) es menor al promedio de la entidad. Entre 1993 y 1997 el consumo de cocaína aumentó de 4 a 7.3% entre los varones y de 0.8 a 2.1% en las mujeres, en 2000 el consumo de esta sustancia alcanzó 7.6% en los varones y 2.4% en las mujeres. En este mismo periodo el consumo de marihuana también se incrementó significativamente.

CUAJIMALPA

Ésta muestra índices de consumo inferiores a los observados en la Ciudad de México de los cuatro tipos de sustancias considerados. Entre 1997 y 2000, los índices de consumo en el año previo a cada estudio, muestran una ligera tendencia al decremento en los varones y a permanecer estables en las mujeres.

CUAUHTÉMOC

Los índices de consumo de sustancias en la delegación Cuauhtémoc son similares a los observados en la ciudad capital, entre los varones el consumo de cocaína y alucinógenos muestra una tendencia al incremento entre 1993 y 1997, la marihuana sigue aumentando hasta 2000 cuando alcanza un 5.2% de los estudiantes de enseñanza media y media superior. En las mujeres no se observan cambios importantes.

GUSTAVO A. MADERO

Esta delegación muestra los índices más altos de consumo de marihuana y cocaína en todo el Distrito Federal. Entre los varones el de marihuana se incrementó de 1.3% en 1993 a 8.5% en 2000, y el de cocaína de 0.5 a 7.7% en este mismo lapso. Entre las mujeres también se observan incrementos importantes, especialmente en el caso de la cocaína.

IZTACALCO

Muestra un patrón característico que se desvía del observado en otras delegaciones, en esta demarcación se registró una tendencia al incremento del consumo de marihuana y cocaína entre 1993 y 1997, para luego revertirse y disminuir hacia 2000. En este año, los índices de consumo de marihuana y cocaína fueron significativamente inferiores a los observados en el Distrito Federal, en tanto que el de inhalables y alucinógenos es muy similar.

IZTAPALAPA

Los varones que asisten a escuelas de esta demarcación presentan tasas elevadas de consumo de marihuana (7.1%), cocaína (6.9%) e inhalables (5.2%), con importantes incrementos en comparación con lo que se observaba en 1993 (2.3, 0.3 y 2.3% respectivamente). La cocaína ocupa ahora el segundo lugar en la preferencia de los estudiantes desplazando a los inhalables. Los índices de consumo en esta delegación entre varones son sólo ligeramente inferiores a los observados en la Gustavo A Madero que presenta los índices más elevados, asimismo, son similares a los observados en Coyoacán y Tlalpan. En las mujeres el consumo es semejante al promedio observado en el Distrito Federal.

MAGDALENA CONTRERAS

Una menor proporción de estudiantes varones de esta demarcación consumen marihuana (2.6%) que el promedio de la ciudad capital y el consumo de cocaína (3.9%) e inhalables (2%) es similar al promedio (4.4 y 2.8% respectivamente). Se observan aumentos significativos de 1993 a 1997 en el uso de marihuana, cocaína y alucinógenos, manteniéndose estables en 2000. Esta delegación se caracteriza por tener tasas similares de consumo de sustancias entre varones y mujeres, siendo el de estas últimas sólo ligeramente inferior en el caso del consumo de marihuana (2%), semejante en el de los inhalables (2.8%) y menor en el de la cocaína (2.4%). Las mujeres de esta entidad presentan tasas significativamente mayores de consumo de cocaína, alucinógenos (1.6%) e inhalables que el promedio del Distrito Federal en donde se observan índices de 1.3, 0.5 y 1.7% respectivamente.

MIGUEL HIDALGO

Los estudiantes varones que asisten a planteles ubicados en la delegación Miguel Hidalgo presentan tasas similares de consumo de marihuana que el promedio de estudiantes en el Distrito Federal y tasas inferiores en el de cocaína, alucinógenos e inhalables. De 1993 a 1997 el uso de marihuana se mantuvo estable en tanto que el de otras sustancias muestra una tendencia al decremento. El consumo entre las mujeres es semejante al observado en el Distrito Federal, con excepción de la marihuana que no fue reportada en esta medición.

MILPA ALTA

En Milpa Alta, entre los varones, los índices de consumo de todas las drogas consideradas son inferiores al promedio de la ciudad capital. En las mujeres el consumo de marihuana y cocaína es inferior en tanto que el consumo de alucinógenos e inhalables es similar. En esta delegación prácticamente no se detectó consumo en la medición de 1993, aumentando considerablemente el reporte en la de 1997. Llama también la atención el decremento en la práctica de inhalación de disolventes inhalables entre varones que disminuyó de 3.4% en 1997 a 0.9% en 2000.

TLAHUAC

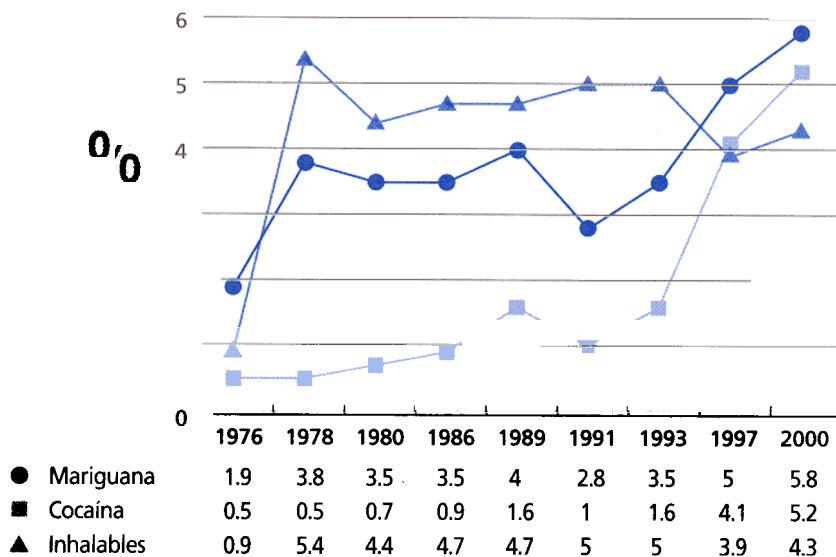
Se trata de una delegación en la que se ubican los niveles más bajos de consumo en el Distrito Federal; entre varones el consumo de marihuana (2.8%) ocupa el primer lugar en las preferencias de los estudiantes pero es inferior al promedio del D.F.; el mismo fenómeno se observa en el caso de los alucinógenos (0.4% en la delegación), en tanto que en el de cocaína es similar (4% de los estudiantes de esta delegación). Las mujeres también reportan tasas más bajas de consumo de marihuana (1%) y alucinógenos (0.2%) que en la Ciudad de México (1.9 y 0.5%) y tasas parecidas de uso de cocaína (1.2 y 1.3% respectivamente). Sin embargo, llama la atención que el consumo de inhalables (4.4% en varones y 2.8% en mujeres) sea, para ambos sexos,

REFERENCIAS

- Castro, M.E.; Rojas, E.; García, G. y De la Serna, J. (1986). *Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil: Tendencias en los últimos 10 años*. **Salud Mental**. 9, 4:80-86.
- De La Serna J.; Rojas E.; Estrada M.A.; Medina-Mora, M.E. *Medición del uso de drogas en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal y zona conurbada, 1989*. **Anales Instituto Mexicano de Psiquiatría** (2), 186-189, 1991.
- Medina-Mora, M.E.; Rojas, E.; Juárez, F.; Berenzon, S.; Carreño, S.; Galván, J.; Villatoro, J.; López, E.; Olmedo, R.; Ortiz, E. y Néquiz, G. (1993). *Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana*. **Salud Mental**. 16, 3:2-8.
- Medina-Mora, M.E.; Berenzon, S.; Carreño, S.; Juárez, F.; Rojas, E.; Villatoro, J.; Cardiel, H.; Breña, J. (1994). **Encuesta sobre el uso de drogas entre la comunidad escolar, 1993: Reporte Global**. SEP, IMP. México.
- Villatoro, J.; Medina-Mora, M.E.; Cardiel, H.; Fleiz, C.; Alcántar, E.N.; Hernández, S.; Parra, J.; Néquiz, G. (1999). *La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la Ciudad de México: Medición otoño 1997*. **Salud Mental**, 22, 2: 18-30.
- Villatoro, J.; Medina-Mora, M.E.; Rojano, C.; Fleiz, C.; Bermúdez, P.; Castro, P.; Juárez, F. (2001). **¿Ha cambiado el consumo de drogas en los estudiantes? Resultados de la encuesta de estudiantes: Medición otoño del 2000**. En prensa.

GRÁFICA 1

Tendencias consumo de drogas en estudiantes de educación media y media superior en el D.F.



Fuente: Castro y cols., 1996; de la Serna y cols., 1991; Medina-Mora y cols., 1991,1993; Villatoro y cols., 1997, 2000.

Tendencias del consumo de drogas. Uso en el último año

CUADRO 1	Álvaro Obregón			Atzacapatzalco			Benito Juárez			Coyoacán		
	93	97	00	93	97	00	93	97	00	93	97	00
Hombres												
Mariguana	3.3	4.0	4.6	4.4	4.6	3.9	3.5	7.3	5.7	4.0	7.3	7.6
Cocaína	1.2	2.8	4.2	1.5	5.2	5.1	2.9	5.2	4.5	1.2	5.2	6.8
Alucinógenos	.8	2.0	2.3	.8	.6	1.1	—	1.4	2.3	.9	1.2	1.9
Inhalables	1.7	3.2	4.2	2.3	1.4	2.2	.0	3.1	3.0	.9	3.0	1.1
Mujeres												
Mariguana	.4	2.1	1.9	—	2.1	2.7	.5	1.7	5.1	.8	2.1	2.4
Cocaína	.4	.8	.4	.3	1.9	2.0	.3	1.4	2.4	.5	1.6	.5
Alucinógenos	—	.4	1.1	—	.3	.3	.3	.8	.5	.5	.5	.5
Inhalables	—	.8	2.3	—	1.6	1.0	.3	2.3	1.1	.3	.3	.5
CUADRO 2												
	Cuajimalpa			Cuauhtémoc			Gustavo A. Madero			Iztacalco		
	93	97	00	93	97	00	93	97	00	93	97	00
Hombres												
Mariguana	1.1	3.8	2.8	2.4	3.7	5.2	1.3	4.4	8.5	3.6	5.2	3.9
Cocaína	1.1	2.3	1.6	2.7	5.3	4.3	.5	5.5	7.7	2.2	5.2	3.9
Alucinógenos	.8	—	.4	.3	1.1	2.5	.3	.8	1.6	.6	1.0	1.2
Inhalables	.4	2.7	2.0	.7	1.6	2.8	.8	3.0	3.8	1.4	3.8	3.3
Mujeres												
Mariguana	.5	1.4	1.9	1.2	.8	1.7	.4	1.3	2.6	.2	1.6	1.1
Cocaína	.5	1.4	1.9	.9	2.4	1.1	—	1.3	2.6	.5	1.8	.6
Alucinógenos	1.1	.5	.3	—	.3	.3	—	.2	.7	—	—	.8
Inhalables	.5	.5	1.6	—	1.0	1.4	.7	1.6	1.4	.2	3.4	1.7
CUADRO 3												
	Iztapalapa			Magdalena Contreras			Miguel Hidalgo			Milpa Alta		
	93	97	00	93	97	00	93	97	00	93	97	00
Hombres												
Mariguana	2.3	4.5	7.1	1.3	3.6	2.6	.9	4.9	5.2	—	3.4	4.0
Cocaína	.3	4.8	6.9	.4	3.3	3.9	—	5.1	2.9	—	1.9	1.6
Alucinógenos	.5	1.3	1.7	—	.7	.9	.2	1.3	.9	—	1.0	.8
Inhalables	2.3	5.9	5.2	2.1	3.0	2.6	.9	3.8	2.0	.4	3.4	.8
Mujeres												
Mariguana	—	1.1	1.2	—	2.7	2.0	.3	2.7	—	—	—	.8
Cocaína	—	1.3	1.4	—	2.3	2.4	—	1.2	1.0	—	—	.4
Alucinógenos	.2	.5	.3	—	.3	1.6	—	—	.7	—	.4	.4
Inhalables	—	2.1	2.9	—	2.3	2.8	.8	2.0	2.0	—	1.1	1.5
CUADRO 4												
	Tláhuac			Tlalpan			Venustiano Carranza			Xochimilco		
	93	97	00	93	97	00	93	97	00	93	97	00
Hombres												
Mariguana	1.5	3.4	2.8	2.6	4.5	7.6	2.1	6.3	2.4	1.5	3.4	2.8
Cocaína	.7	3.4	4.0	1.0	2.0	4.6	.4	6.3	4.0	.7	3.4	4.0
Alucinógenos	—	.4	.4	.3	1.4	2.8	—	1.1	.4	—	.4	.4
Inhalables	.7	2.1	4.4	.8	1.1	2.6	1.3	4.0	1.2	.7	2.1	4.4
Mujeres												
Mariguana	—	1.6	4.4	—	4.4	2.8	1.6	1.3	1.0	—	1.6	1.0
Cocaína	—	1.1	1.2	—	1.3	1.3	—	1.8	.6	—	1.1	1.2
Alucinógenos	—	.5	.2	—	.7	.3	—	.9	.3	—	.5	.2
Inhalables	.3	3.6	3.5	—	1.3	1.3	.8	1.3	1.0	.3	3.6	3.5

La fuente para los datos de 1993 fue: Medina-Mora, M.E.; Berenson, S.; Carreño, S.; Juárez, F.; Rojas, E.; Villoro, J.; Cardiel, H.; Breña, J. (1994). Encuesta sobre el uso de drogas entre la comunidad escolar, 1993: Reportes Delegacionales, SEP, IMP, México.

1997: Villatoro, J.; Medina-Mora, M.E.; Cardiel, H.; Alcantar, E.; Fleiz, C.; Navarro, C.; Blanco, J.; Parra, J. y Néquiz, G. (1999). Consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes del Distrito Federal: medición otoño, 1997. Reportes Delegacionales SEP, IMP, México.

Intervalos de confianza. Uso en el último año

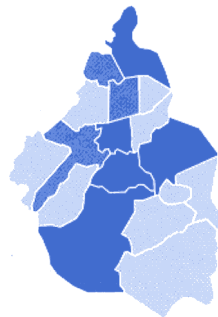
	Hombres		Mujeres		Distrito Federal	
	%	IC 95%	%	IC 95%		
Mariguana	5.0	4.28 - 5.77	1.9	1.45 - 2.29	3.4	2.99 - 3.89
Cocaína	4.4	3.73 - 5.07	1.3	1.01 - 1.63	2.9	2.47 - 3.24
Alucinógenos	1.4	1.05 - 1.72	0.5	0.34 - 0.72	1.0	0.76 - 1.15
Inhalables	2.8	2.32 - 3.37	1.7	1.30 - 2.02	2.2	1.92 - 2.58
Heroína	1.0	0.73 - 1.28	0.3	0.13 - 0.43	0.6	0.49 - 0.80
Drogas ilegales	8.8	7.84 - 9.80	4.1	3.49 - 4.65	6.4	5.83 - 7.05

GRÁFICA 2

Prevalencia *último año* de marihuana

D.F. 1997: 3.2

D.F. 2000: 3.4



- Por arriba de la media
- Igual a la media
- Por debajo de la media

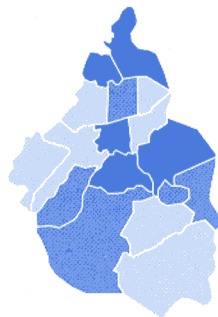
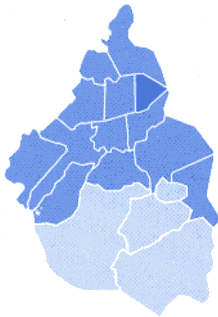
Fuente: Villatoro, Medina-Mora, Fleiz y cols. 1997-2000

GRÁFICA 3

Prevalencia *último año* de cocaína

D.F. 1997: 2.7

D.F. 2000: 2.9



- Por arriba de la media
- Igual a la media
- Por debajo de la media

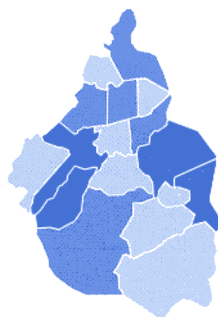
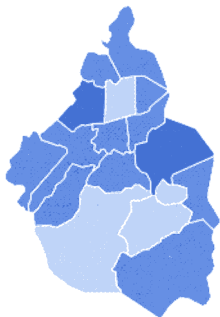
Fuente: Villatoro, Medina-Mora, Fleiz y cols. 1997-2000

GRÁFICA 4

Prevalencia *último año* de cocaína

D.F. 1997: 2.3

D.F. 2000: 2.2



- Por arriba de la media
- Igual a la media
- Por debajo de la media

Fuente: Villatoro, Medina-Mora, Fleiz y cols. 1997-2000

Estudio nacional de consumo de drogas en la población usuaria de la preparatoria abierta¹

María Elena Castro S. y Jorge Llanes B.

INTRODUCCIÓN

La preparatoria abierta es un subsistema de educación media superior a cargo de la Dirección de Sistemas Abiertos de la Dirección General del Bachillerato de la Secretaría de Educación Pública, modalidad no escolarizada, en la cual el estudiante avanza a su propio ritmo, con base en el estudio independiente. Originalmente concebido para educación de adultos, en los últimos diez años ha tenido una creciente demanda en todo el país por parte de jóvenes deseosos de continuar sus estudios de educación media superior, sea porque no existe suficiente infraestructura escolar en su localidad o, simplemente, por considerarse una opción diferente. El aumento en la demanda de esta oferta educativa ha hecho necesario realizar esfuerzos para asegurar que los objetivos y los niveles de calidad académica sean comparables a los sistemas escolarizados. Entre ellos se cuentan: el cambio del plan de estudios hacia el vigente en el bachillerato general; la transformación de los materiales didácticos diseñándolos especialmente para la modalidad; las formas de evaluación; el modelo de asesoría y, en general, todo el proceso de atención, incluso el encuentro administrativo con los usuarios y la puesta en marcha de una estrategia de orientación educativa que atienda a las características psicosociales de los usuarios, elemento propulsor del presente proyecto.

EL INSTRUMENTO

Para la realización de este estudio nacional se optó por la adaptación del Inventario de Riesgo/Protección para Adolescentes (IRPA) para el establecimiento de los perfiles psicosociales que reúne prevalencias y conductas de riesgo. El IRPA es el producto de estudios epidemiológicos en muestras nacionales y locales de estudiantes en los cuales se detectaron en un principio 33 y luego hasta 50 variables de riesgo involucradas en la problemática psicosocial del uso y abuso de drogas entre estudiantes de enseñanza media y media superior, que tienen al individuo, la droga y el medio ambiente como fuentes de variación, como lo muestra la siguiente tabla:

indicadores de riesgo para el consumo problemático de drogas

Resultados de investigación: M.E. Castro, 2001

AMBIENTE FACILITADOR	DROGA (agente)	CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO
	PATRÓN DE CONSUMO	SOCIODEMOGRÁFICAS
	15. Consumo frecuente de una sola droga	27. No se dedica de tiempo completo a los estudios
	16. Consumo experimental de más de una sustancia	28. Estudios de preparatoria
		29. Alto grado de inconformidad
	TIPO DE DROGA	30. Pertenecer a familia cuyo jefe tiene pocos estudios
	17. Uso experimental de marihuana	31. Tener entre 15 y 18 años
	18. Uso experimental de cocaína	32. Haber iniciado consumo experimental en la adolescencia temprana
	19. Uso de marihuana y cocaína	
	20. Uso elevado de alcohol	
SOCIAL	PRESENCIA DE LA DROGA	HISTORIA DE VIDA
7. Actos antisociales	21. Facilidad para conseguirla	33. Alto grado de inconformidad social
8. Insatisfacción con la calidad de vida	22. Acceso a distribuidores	34. Conductas de riesgo
9. Uso de drogas en el grupo de iguales	23. Amigos usuarios	35. Aceptación al consumo
10. Tolerancia de la escuela al consumo	24. Presencia de drogas en fiestas	36. Dinero disponible
11. Disponibilidad de lugares de consumo	25. Tener un familiar adicto	37. Sucesos traumáticos en la infancia
12. Acceso a lugares públicos en los que se consume	26. Baja percepción del riesgo que significa usar drogas (salud y comunidad)	38. Causa justificante de su inicio
DEMOGRÁFICO		39. Deseos y/o intentos de suicidio
13. Vivir en la Ciudad de México o en Sonora y Baja California		40. Inicio temprano de la vida sexual
14. Migración de zonas rurales a urbanas		41. Trabajo en la calle
		42. Embarazos
		43. Abortos
		44. Muertes cercanas
		45. Eventos negativos de la vida en el último año
		46. Descuido de la salud
		47. Conducta consumista
		48. Descuido de vida social
		49. Problemas escolares en segunda infancia
		50. Pérdida del sentido de pertenencia en familia y/o escuela

La aplicación de estos datos al Modelo Preventivo Chimalli³ y la puesta en marcha de planes de acción preventiva concretos condujo a destacar la importancia de disponer de una visión integral del desarrollo adolescente y su contexto para las intervenciones preventivas, lo que, a su vez, llevó a ampliar el espectro del instrumento de investigación; así, actualmente, el IRPA es un instrumento sencillo y muy completo, de probada validez y confiabilidad, que incluye secciones de: datos demográficos; consumo de drogas (alcohol, tabaco y drogas médicas e ilegales); conducta antisocial; eventos negativos ocurridos en el transcurso de la vida, y estilo de vida (incluyendo sexualidad, salud, alimentación y uso del tiempo libre). También, contiene una escala de validez de la autorrespuesta (basada en la Escala de Deseabilidad Social de Marlow y Crown) estandarizada para estudiantes mexicanos que permite decidir cuándo un cuestionario no es confiable. Sus escalas de consumo de drogas y conducta antisocial fueron elaboradas en el contexto de colaboraciones con la Organización Mundial de la Salud y la *Addiction Research Foundation* de Ontario, Canadá, y se utilizan actualmente para realizar estudios de uso de drogas entre estudiantes por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, lo que asegura la posibilidad de ser comparados con sus estudios. Cuenta, además, con un programa de cómputo que permite un rápido manejo de datos, facilitando la obtención de los perfiles de riesgo del IRPA, que resultan transformando puntajes brutos en calificaciones estándar. Como las frecuencias simples también se pueden procesar, pueden conocerse, en forma detallada, las respuestas de los sujetos a las 131 preguntas del inventario. Es importante consignar que la base de datos que se tiene de este estudio nacional permite la comparación por sexos, centros de servicios y su suma por entidades federativas, además del nivel nacional.

Disponiendo ya de la adaptación del IRPA, a la población usuaria de la preparatoria abierta, que se llama *Inventario de Riesgo/Protección para Adultos Jóvenes (IRPAJ)*, se hizo una primera aplicación piloto en los estados de Campeche, Chiapas, Jalisco, Hidalgo, Tlaxcala y en el Distrito Federal de ésta se obtuvo la pauta para generalizar la aplicación, invitar a participar a todas las entidades y poder construir una línea basal nacional.

Las calificaciones del IRPAJ nos ofrecen un puntaje estandarizado que siguiendo la metáfora del semáforo distribuye la población estudiada en bajo riesgo (protección = verde, continúa así); mediano riesgo (alerta=amarillo) y alto riesgo (alto total=rojo), que lógicamente permite establecer estrategias de atención generales, pero, también, particularizadas a cada una de las áreas e incluso variables indicadoras de riesgo. Éste es uno de sus méritos. Sin embargo, es importante señalar que las áreas de riesgo/protección se configuran con más de una variable y éstas son compuestas por varios indicadores que van puntuando conforme su presencia como lo investiga el inventario. Esto quiere decir que los usuarios están en riesgo porque algunos de los indicadores existen, califican la variable y suman al puntaje del área. Dicho en otras palabras, los resultados deben ponderarse con cuidado porque una cosa es la existencia de niveles de riesgo (que son altos, comparativamente a los estudiantes escolarizados, es decir, jóvenes que asisten regularmente a la escuela) y, otra, la existencia de casos, clínicamente hablando. Por ejemplo, alguien puede estar efectivamente en riesgo porque usa drogas conforme a su respuesta en el inventario, pero este hecho no significa que sea un adicto, pues puede haberlas usado experimentalmente o hacer uso de ellas en contextos sociales. El límite con la adicción sería menos tenue en el caso de alto riesgo.

LA POBLACIÓN

¿Quiénes son los jóvenes de la preparatoria abierta a los que nos referimos aquí? Independientemente de precisiones estadísticas, que pueden consultarse en los bancos de datos, podemos decir lo siguiente: son adolescentes y adultos jóvenes, en su mayoría con antecedentes de conflicto (familiar, escolar, socia); entre 17 y 25 años de edad, con altos riesgos psicosociales, que lo mismo apuntan a ser causa de fracaso académico en el sistema escolar, o que se detonan por el mismo fracaso. Por lo general, los asesores académicos refieren que estos jóvenes traen una cadena de antecedentes indicativos y/o consecuentes de conflicto, situación que los ubica como una población de alto riesgo.

En la mayoría de los casos, su desvinculación de las modalidades escolarizadas ha sido a su pesar. Los motivos más frecuentes son: expulsión, falta de oportunidad educativa en su localidad, cambio de domicilio o de subsistema educativo. En algunas de las instituciones que sostienen sistemas abiertos la expulsión de la modalidad escolar por faltas reglamentarias los envía sin opción a esta vertiente. Hay casos más graves, por ejemplo, ingreso para simular una ocupación útil por parte de quienes carecen de un proyecto de vida. Así, puede decirse que la mayor proporción de estos jóvenes ya han interrumpido sus estudios escolarizados por factores condicionantes de riesgo. Al dar cuenta de sus antecedentes familiares mencionan: separación y/o divorcio de los padres o muerte de alguno de ellos, abandono por esas causas y/o por el consumo de alcohol y drogas. En no pocos casos se observan presiones inadecuadas y valoraciones personales por parte de familiares que minan su autoestima y confianza personal.

La falta de motivación para el estudio y la habilidad para el desempeño académico son factores de riesgo psicosocial reconocidos, los cuales también forman parte de los atributos de esta población. Las características requeridas para conducirse con éxito en esta modalidad –disciplina para el estudio sistemático, automotivación– no forman parte del catálogo de virtudes de la mayor parte de estos adolescentes, aunque las excepciones sean

notables. Por lo contrario, muchos de ellos muestran fallas en las actitudes hacia el estudio y las habilidades básicas para el desempeño académico. Algunas de estas deficiencias son imputables al tipo de desórdenes insuficientemente tratados en su historia de vida (del tipo de disfuncionalidad cerebral mínima, síndromes deficitarios de la percepción, entre otros) o francamente a trastornos emocionales y patología mental. Las más, son incapacidad de enfrentarse a los eventos negativos de la vida, invalidación por condiciones estresantes y carencia de hábitos y métodos de estudio eficaces. Sin duda, no pocos llegan estigmatizados por el fracaso escolar y el rechazo.

Por no requerir la presencia en un plantel, además de avanzar en la carrera académica a un ritmo propio por parte del estudiante, la exigencia para atender el progreso de los estudios se convierte una responsabilidad interna, territorio de la subjetividad, fuente de los deseos y fantasías que no siempre se traducen en realidades, ni obedecen a dictados de la lógica o a la construcción de un proyecto factible. De esta manera se observa que en muchos casos la correlación entre necesidades y capacidades no siempre es positiva y bien encauzada. Situación que incluso es aprovechada por diferentes organizaciones que, con fines de lucro, han utilizado al subsistema de la preparatoria abierta para engañar a los usuarios, lo cual ha traído, como consecuencia, reacciones de enojo, frustración, depresión y hasta abandono o, en ocasiones, ha despertado actitudes psicopáticas entre ellos.

El sistema tiene grandes retos por el potencial de conflicto social subyacente en esta población, amén de las condiciones de la sociedad contemporánea que reflejan un incremento notable de conductas de riesgo, así como de factores ambientales que las propician.

INTERPRETACIÓN DE DATOS

La aplicación del instrumento se hizo sin una supervisión estricta del momento de la misma pero, en todo caso, atendiendo a las instrucciones de autoadministración. (Pudo ser en la plática informativa, durante el registro de primer ingreso, o en el momento de solicitud o recepción de servicios: asesoría, solicitud de exámenes, entre otros).

Por el volumen de datos disponibles (16,615 inventarios válidos) podrán hacerse afirmaciones válidas sobre la población total de usuarios del subsistema de preparatoria abierta, pero no sobre el segmento de la población juvenil. También permite interpretar tendencias entre el consumo del grupo estudiado de las distintas entidades, que no deben generalizarse a toda la población de cada una de éstas.

El número de estudiantes que respondieron el inventario en cada entidad estuvo en función de la demanda del servicio, es decir que en las entidades de mayor demanda, como el Distrito Federal y el Estado de México, hubo un número de jóvenes encuestados mucho mayor que en aquéllas con menor demanda, como Sinaloa o San Luis Potosí. Esto puede observarse claramente en las tablas por entidad. Sin embargo, el volumen de inventarios, levantados en el ámbito nacional, además del análisis de las prevalencias por estado, tomando en cuenta los límites de confianza del promedio nacional, permiten obtener conclusiones sobre las tendencias del consumo en cada entidad generalizables exclusivamente a los jóvenes usuarios de la preparatoria abierta.

La encuesta nacional se levantó durante marzo, abril y mayo de 2000. En los perfiles obtenidos se incluyeron a todos los usuarios que estaban en alguna de las siguientes condiciones de operación del subsistema: inmersos en asesoría académica; asistiendo a plática informativa o realizando trámite de certificación de ciclo, aunque los resultados no distinguen por subgrupo, sino que se presentan en forma global.

Los datos permiten un análisis más detallado de lo que en este capítulo se presenta, que pretende, solamente, dar una visión global de las áreas del inventario dirigidas al consumo de drogas.

RESULTADOS

El estudio recabó información en 16,615 inventarios del IRPAJ, de forma anónima y autoaplicable, entre usuarios del sistema abierto. Éstos fueron analizados en forma computarizada, por un programa específico para conocer la distribución de 25 conductas de riesgo que combinan las de uso y abuso de drogas, alcohol y tabaco, las del autocuidado de la salud, del uso del tiempo libre, del manejo de la sexualidad y de eventos negativos con la familia, los amigos, los maestros y la vida personal .

Respondieron 49.75% hombres y 49.56% mujeres y sin información .49%. El 54.14% declaró trabajar y el 31.37% sólo estudiar dentro del sistema de preparatoria abierta (14.49% no informó), la mayoría de los que trabajaban declaró usar parte del dinero que ganaba, o la totalidad, para su familia.

Al considerar el uso de drogas y la conducta antisocial en una sola variable compuesta, se puede observar cómo la experimentación con drogas se ve potenciada por conductas antisociales, hecho que demuestra la necesidad de prevenir no únicamente las adicciones, sino también la violencia y las condiciones negativas que acompañan a la experimentación con drogas, que son riesgos presentes en la vida de estos jóvenes, así como en los medios familiares y comunitarios en los que se desarrollan.

En este momento no se cuenta con datos comparativos en el ámbito nacional con poblaciones escolarizadas, ya que la última encuesta nacional entre estudiantes se llevó a cabo en 1991, pero sí existe información para comparar las prevalencias con una muestra de estudiantes escolarizados de la Ciudad de México, llevada a cabo por la Secretaría de Educación Pública y el Instituto Nacional de Psiquiatría, en el año 2000. (Villatoro J., Medina-Mora M.E. y cols. 2001. En prensa).

Cuadro comparativo de prevalencias entre el bachillerato escolarizado y el no escolarizado en la Ciudad de México

DROGA ALGUNA VEZ	ESCOLARIZADO ⁴		NO ESCOLARIZADO	
	Bachiller general	Bachiller Técnico	Bachiller Sistema Abierto	
Anfetaminas	5.1 (4.29-6.00)	6.9 (5.10-8.70)	9.9 (9.5-10.2)	
Tranquilizantes	7.0 (5.94-7.97)	6.7 (5.10-8.37)	8.5 (8.0-8.9)	
Mariguana	9.8 (8.39-11.23)	11.1 (8.96-13.17)	15.2 (14.1-16.2)	
Cocaína	7.8 (6.62-9.06)	11.1 (8.94-13.17)	12.3 (12.0-12.6)	
Alucinógenos	2.3 (1.7-2.9)	2.5 (1.61-3.38)	3.8 (2.5-5.1)	
Inhalables	3.2 (2.53-3.95)	6.9 (5.29-8.51)	5.9 (5.8-6.0)	
Sedantes	1.5 (1.04-1.88)	1.7 (1.01-2.48)	5.9 (4.9-6.9)	
Heroína	1.2 (.79-1.56)	1.4 (0.78-2.05)	1.5 (1.5-1.5)	
DROGA ÚLTIMO MES				
Anfetaminas	1.4 (.98-1.82)	2.2 (1.48-2.85)	3.1 (2.8-3.3)	
Tranquilizantes	1.8 (1.35-2.34)	2.1 (1.22-2.94)	1.4 (1.4-1.5)	
Mariguana	2.9 (2.17-3.61)	2.7 (1.56-3.76)	2.9 (1.76-4.0)	
Cocaína	1.6 (1.10-2.01)	2.0 (1.23-2.76)	2.8 (2.1-3.4)	
Alucinógenos	0.5 (0.21-0.74)	0.6 (0.18-0.98)	1.7 (1.6-1.9)	
Inhalables	0.6 (0.29-0.85)	1.4 (0.77-2.05)	1.9 (1.5-2.2)	
Sedantes	0.4 (0.22-0.67)	0.8 (0.31-1.35)	2.5 (2.2-2.8)	
Heroína	0.2 (0.04-0.34)	0.3 (0.01-0.65)	.85 (0.65-1.0)	

Como se observa en el cuadro, en la Ciudad de México, los jóvenes del sistema abierto reportan el consumo *alguna vez en la vida*, mayor (por arriba de los límites de confianza, de la muestra de estudiantes escolarizados) para anfetaminas, mariguana y sedantes; asimismo, el consumo en el *último mes* de anfetaminas, sedantes y heroína.

Si, además de lo anterior, se toma en cuenta que los jóvenes del sistema abierto reportan uso de drogas y/o conducta antisocial en una proporción mucho mayor a la encontrada en el sistema escolarizado, en muestras representativas que utilizan el mismo instrumento de medición (85.7% en el sistema abierto y 34.5% en bachillerato escolarizado. INEPAR, 1999⁵); agregamos el dato de que las poblaciones escolarizadas de la misma edad (18 a 25 años) que asisten a universidades obtienen porcentajes de protección más altos (41%) en comparación con estudiantes del sistema abierto (14.3%) (INEPAR, 1999); y que los jóvenes del sistema abierto carecen de la protección natural que proporciona la asistencia diaria a un plantel escolar, podemos avalar la afirmación de que éstos son una población en alto riesgo de desarrollar trastornos psicosociales como el abuso de drogas y/o la conducta violenta así como otros trastornos emocionales, a los que el sistema educativo debe dirigir medidas de prevención.

La tercera parte de esta población ha estado en contacto con la droga, lo cual es alto por su asociación con otras conductas de riesgo, como actos antisociales, esto se puede apreciar en la siguiente tabla:

Uso de drogas y conducta antisocial	Protección*	Mediano riesgo*	Alto Riesgo*
1.- Uso de alcohol, tabaco y mariguana	29.3	32.0	38.0
2.- Uso y venta de drogas y forzar cerraduras	3.1	92.8	4.1
3.- Violencia, robos y venta de mariguana y otras drogas	5.8	44.8	—
4.- Uso de anfetaminas, tranquilizantes y sedantes	75.6	17.5	6.9
5.- Uso de cocaína	89.3	—	10.7
6.- Uso regular de inhalables y robos	8.6	88.5	2.9
7.- Uso de drogas en familiares, amigos y/o venta de mariguana por el estudiante	42.3	57.7	—
8.- Uso de drogas no especificadas	81.6	8.6	9.8
9.- Golpear o dañar algo, tomar auto sin permiso y uso de inhalables	74.7	25.3	—
10.- Uso de inhalables	91.9	4.1	4.0
11.- Uso de drogas en amigos y familiares	79.5	20.5	—

*Protección: ausencia total de la conducta de riesgo. Mediano riesgo: nuntia en las conductas de riesgo igual al promedio. Alto riesgo: nuntia por arriba del promedio.

De acuerdo con los datos del IRPAJ, el 38% de la población de usuarios del sistema abierto que tienen entre 18 y 25 años está abusando del alcohol, el tabaco y/o la marihuana; el 4.1% usando otras drogas y cometiendo actos antisociales como forzar cerraduras; el 10.7% consumiendo cocaína con una frecuencia mayor al promedio, el 9.8% reporta usar otras drogas también con un frecuencia mayor al promedio, por lo que son considerados de alto riesgo.

TENDENCIAS POR ENTIDAD

Las tablas 1 a la 4, presentan las prevalencias por entidad y en comparación con el promedio nacional para el uso alguna vez en la vida y para el uso en el último mes, de cualquiera de las drogas investigadas y de cada droga: marihuana, cocaína, heroína, inhalables, alucinógenos, opiáceos, anfetaminas, sedantes y tranquilizantes, así como para el consumo de las drogas ilegales en su conjunto y de las sustancias médicas.

Los mapas presentan, en tonos contrastantes, las entidades con porcentajes arriba del promedio, igual al promedio y por debajo del promedio, para el consumo de cualquier droga, el uso de sustancias ilegales y el de drogas médicas, así como las tendencias del de la marihuana, la cocaína y la heroína.

Al analizar el promedio nacional se encuentra que el 33.3% de esta población reporta haber consumido cualquier tipo de droga de las investigadas, el 19.3% el uso de drogas ilícitas y el 23.2% el de sustancias médicas alguna vez en la vida.

El consumo durante el último mes, dentro del cual se encuentran los usuarios frecuentes, conserva las mismas tendencias, 12.4% para el de cualquier droga; 8.9% para el de las drogas médicas y 7.8 % para el de las drogas ilícitas.

El consumo de drogas médicas, sobre todo el de anfetaminas, que ocupa el primer lugar de prevalencia en el promedio nacional de consumo para este tipo de población, tanto para el uso alguna vez en la vida como para el uso en el último mes, puede estar elevado porque el dato incluye a las metanfetaminas, tachas, es decir, las llamadas drogas de diseño, de gran consumo actual entre los jóvenes.

Prevalencia por droga. Promedio nacional.		(n=16,615)	
Sistema abierto. 18 a 25 años		Alguna vez en la vida	Último mes
Droga:	Marihuana	12.7	3.8
	Anfetaminas	12.9	5.2
	Inhalables	6.2	3.1
	Tranquilizantes	10.7	4.3
	Sedantes	7.0	4.3
	Cocaína	9.8	3.6
	Heroína	3.1	2.6
	Alucinógenos	4.7	3.4

En la tabla 1, y en los mapas, pueden consultarse las tendencias y las prevalencias de las drogas aglutinadas en drogas médicas, ilegales y cualquier droga. Asimismo, apreciarse una tendencia consistente entre los jóvenes del sistema abierto en los estados de Guanajuato, Yucatán, Nayarit, Baja California Sur, y Quintana Roo, a presentar prevalencias por arriba del promedio nacional. Estas entidades se caracterizan por una alta movilidad social, debido al turismo y por características psicosociales y socioculturales que facilitan el acceso y la disponibilidad de las sustancias.

Las drogas médicas ocupan, por lo general, el primer lugar de consumo en comparación con las ilegales, las primeras ocupan porcentajes por arriba del promedio en Guanajuato, Quintana Roo y Yucatán, mientras que las ilegales en Baja California Sur, el Distrito Federal, Durango y Nayarit.

Con respecto al patrón de consumo del uso en el último mes, el de marihuana, más de 20 veces al mes, fue de 1.01%; el de cocaína de 0.86%, lo que quiere decir que el abuso así como la dependencia de estas sustancias entre este tipo de población es prácticamente igual, debido a la preferencia que ha alcanzado la cocaína. Lo anterior, aunado a las conductas antisociales, advierte de importantes factores de riesgo psicosocial.

Las tablas 2, 3 y 4 presentan las prevalencias por droga para cada entidad. Llama la atención que la marihuana, la cocaína y la heroína no estén presentes en Sinaloa, que se caracteriza por una gran disponibilidad de éstas. Particularmente en este estado, a diferencia de los demás, los estudiantes de preparatoria abierta declararon sentirse desconfiados del por qué se aplicaba la encuesta, aunque el coeficiente de validez de la respuesta no fue menor al resto de los inventarios analizados. Éste es un estado en el que se aplicaron proporcionalmente menos cuestionarios, quizá debido a la poca demanda del servicio en esta entidad. Con respecto a la heroína, llama la atención que todavía muchos estudiantes de algunas entidades afirman no usar en absoluto este tipo de droga (ver tabla 2), en contraste con otras entidades que presentan porcentajes muy por encima del promedio nacional, como es el caso de Guanajuato.

Las anfetaminas (tabla 3), son las drogas de mayor preferencia para esta población, su prevalencia *alguna vez en la vida*, para todo el país, alcanzó el 12.9 %, esto quizá se deba a que en esta pregunta del cuestionario se incluyen drogas de diseño populares entre los jóvenes actualmente, como las *tachas*.

El consumo de heroína, todavía está ausente en 12 entidades del país, pero llama la atención lo elevado de la prevalencia de consumo (muy por encima del promedio nacional) en Guanajuato, Nayarit y Yucatán, estados en los que la mayoría de los que declaran consumir *alguna vez en la vida*, también afirman usarla en *el último mes*, lo que puede ser indicativo del poder adictivo de la droga.

Los inhalables se siguen consumiendo en todas las entidades (ver tabla 4), pero llama la atención la prevalencia de los estudiantes en Puebla, donde estas sustancias son las únicas que presentan un porcentaje superior al promedio nacional (10.3%), en comparación con todas las demás sustancias investigadas.

RESUMEN

El conocimiento de las características psicosociales de los jóvenes usuarios de la preparatoria abierta (sistema de estudios de educación media superior no escolarizado en el cual el alumno avanza a su propio ritmo con base en su capacidad de estudio) es la base para desarrollar un nuevo concepto de orientación educativa.

Un estudio nacional de los factores de riesgo de la población de este sistema, entre 17 y 25 años, realizado en el año 2000 con el Inventario de Riesgo/Protección para Jóvenes Adultos (IRPAJ) analiza las prevalencias en el consumo de drogas, así como diversos perfiles de riesgo de estos jóvenes, particularmente, la conducta antisocial, los eventos negativos de la vida y el estilo de vida (sexualidad, salud y consumismo). Aunque existen notables excepciones de jóvenes con aptitudes sobresalientes, la mayoría de los usuarios han sido rechazados de los sistemas escolarizados por problemas de conducta, de rendimiento académico o falta de oportunidades por cambios de residencia, lo que los hace una población vulnerable a asumir riesgos como el consumo de drogas y otros comportamientos que también exponen su desarrollo humano a descabros como la adicción o los trastornos emocionales.

Este estudio nacional muestra que la tercera parte de estos jóvenes ha consumido alguna droga, y que las prevalencias para el *uso alguna vez en la vida* para anfetaminas (incluye *tachas*), marihuana y sedantes son mayores a las reportadas por los jóvenes que asisten a las escuelas. Asimismo, los datos revelan que, en general, la experimentación con drogas cada vez es mayor entre este sector juvenil. En detalle, demuestra que existen estados del país donde el consumo de drogas peligrosas por su poder adictivo y por los riesgos a la salud asociados a la vía de administración, como la heroína, empieza a ocurrir y a incrementarse de manera muy rápida.

1. Este estudio ha sido posible por la autorización de la Lic. Beatriz Jiménez Aguilar, Directora de Sistemas Abiertos de la Dirección General del Bachillerato (DGB) de la Secretaría de Educación Pública y el apoyo sustantivo de la Biol. Abigail González Peña, Subdirectora de Normatividad, quien ha vigilado su desarrollo. Las tareas logísticas estuvieron a cargo de Rocío Gutiérrez y la elaboración del banco de información fue posible con el auxilio del Departamento de Informática de la Dirección de Operación y Financiamiento de la DGB. La Lic. Adriana Carreño, del INEPAR, A.C. auxilió en el procesamiento de los datos.
2. Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos, A.C. (INEPAR)
3. Pueden obtenerse todos sus materiales directamente de la Editorial PAX: Av. Cuauhtémoc 1430, México, DF. 03310.
4. Villatoro J.; Medina-Mora M.E.; Rojano C.; Bermudez P.; Castro P.; y Juárez, F. (2001). ¿Ha cambiado el consumo de drogas en los estudiantes? Resultados de la encuesta de estudiantes medición otoño del 2000. (En prensa).
5. INEPAR, 1999. Base de datos levantada en varios planteles y muestras representativas de estudiantes de enseñanza media y media superior con el Inventario de Riesgo-Protección para Adolescentes. Reporte Interno.

Tabla 1. Prevalencias por droga (Nivel nacional y entidad). Sistema abierto (18-25 años)

Entidad	Cualquier Droga		Drogas Médicas		Drogas ilegales	
	AL.VEZ	Ú.MES	AL.VEZ	Ú.MES	AL.VEZ	Ú.MES
1. Aguascalientes (130)	19.2*	6.1*	16.9*	5.3*	4.6*	.76*
2. Baja California (1451)	35.5	10.6	25.1	7.8	21.1	5.5
3. Baja California Sur (87)	37.9**	17.2**	25.2	9.1	27.5**	11.4**
4. Campeche (127)	25.1*	5.5*	21.2	3.9*	11.8*	2.3*
5. Coahuila (236)	30.9*	8.4*	20.3	5.9*	20.3	4.6*
6. Colima (59)	38.9**	8.4*	13.5*	3.3*	13.5*	3.3*
7. Chiapas (307)	17.9*	4.8*	12.3*	3.2*	8.4*	1.9*
8. Chihuahua (359)	37.8**	9.4	23.6	5.8*	21.4	5.0
9. Distrito Federal (2446)	33.7	10.0	19.3*	5.8*	22.1**	6.3
10. Durango (93)	30.1	9.6	23.6	5.3*	15.0***	4.3
11. Guanajuato (1432)	41.5**	24.7**	33.2**	21.0**	30.0**	21.3**
12. Guerrero (111)	29.5	4.7*	20.0	3.8*	13.3*	1.9
13. Hidalgo (146)	28.2	6.5*	16.4*	1.9*	18.4	5.2
14. Jalisco (1269)	34.5	14.9	23.4**	9.7	20.9	9.0
15. México (3386)	37.6**	14.7	27.7**	10.7	19.8	9.0
16. Michoacán (156)	35.2	6.4*	23.0	3.2*	17.9	3.8*
17. Morelos (203)	33.9	8.8*	21.1	5.9*	16.2*	3.4*
18. Nayarit (71)	38.0**	15.4**	29.5**	9.8	23.9**	11.2**
19. Nuevo León (263)	23.9*	11.0	15.9*	6.8*	12.1*	6.8*
20. Oaxaca (686)	26.2*	7.5*	16.4*	5.1*	14.5*	4.3*
21. Puebla (359)	32.8	9.1*	20.6	4.7*	20.6	6.1
22. Querétaro (237)	23.2*	5.0*	13.0*	3.7*	12.6*	1.2*
23. Quintana Roo (204)	35.2	15.1**	28.4**	11.2**	16.1*	6.3
24. San Luis Potosí (48)	12.5*	—	6.2*	—	8.3*	—
25. Sinaloa (28)	21.4*	10.7	17.8*	10.7	3.5*	—
26. Sonora (58)	26.9*	7.6*	15.3*	5.1*	15.3*	5.1*
27. Tabasco (383)	17.0*	7.1*	11.8*	5.5*	6.6*	2.2*
28. Tamaulipas (424)	18.6*	5.6*	12.5*	4.2*	9.1*	2.8*
29. Tlaxcala (209)	22.4*	8.1*	12.4*	4.3*	14.3*	4.3*
30. Veracruz (926)	27.6*	9.6*	21.5	7.4	13.0*	4.5*
31. Yucatán (627)	40.3**	21.3**	32.6**	14.8**	22.9**	14.8**
32. Zacatecas (94)	28.7*	8.5*	14.8*	3.1*	17.0	5.3
Promedio nacional	33.2	12.4	23.2	8.9	19.3	7.8
Límites de confianza	31.0-35.3	10.5-14.4	20.9-25.4	7.1-10.8	17.5-21.2	5.9-9.7

* Por abajo del promedio nacional / ** Por arriba del promedio nacional

(n= 16,615)

Castro, M.E. Llanes, J., Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos, A.C. Dirección de Sistemas Abiertos. Dirección General del Bachillerato. SEP.

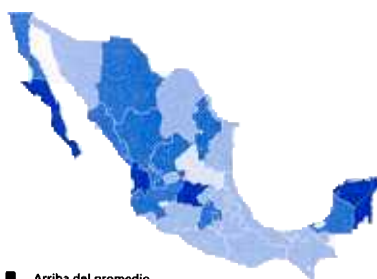
GRÁFICA 1

Prevalencia alguna vez en la vida
Cualquier droga

■ Arriba del promedio
■ Promedio
■ Abajo del promedio

Promedio nacional: 33.2%

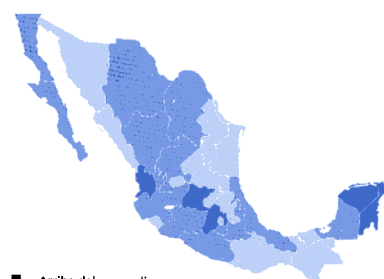
GRÁFICA 2

Prevalencia último mes
Cualquier droga

■ Arriba del promedio
■ Promedio
■ Abajo del promedio

Promedio nacional: 12.4%

GRÁFICA 3

Prevalencia alguna vez en la vida
Drogas médicas

■ Arriba del promedio
■ Promedio
■ Abajo del promedio

Promedio nacional: 23.2%

Tabla 2. Prevalencias por droga (Nivel nacional y entidad). Sistema abierto (18-25 años)

Entidad	Marihuana		Cocaína		Heroína	
	AL.VEZ	Ú.MES	AL.VEZ	Ú.MES	AL.VEZ	Ú.MES
1. Aguascalientes (130)	3.0*	—	3.8*	3.6	—	—
2. Baja California (1451)	15.7**	2.8*	11.6**	.76*	2.0	1.
3. Baja California Sur (87)	19.5**	6.8**	16.0**	2.6	2.2	2.2
4. Campeche (127)	11.0	.7*	3.1*	5.7**	—	—
5. Coahuila (236)	11.8	1.2*	11.0	.78*	.84*	.42*
6. Colima (59)	8.4*	1.6*	8.4	1.6*	—	—
7. Chiapas (307)	3.2*	—	2.9*	1.3*	—	—
8. Chihuahua (359)	13.6	1.3*	12.5**	2.2	.83*	—
9. Distrito Federal (2446)	15.2**	2.9*	12.3**	2.8	1.5	.85
10. Durango (93)	11.8	2.1*	9.6	2.1	1.0	—
11. Guanajuato (1432)	19.8**	12.0**	17.1**	11.6**	14.9**	12.5**
12. Guerrero (111)	7.6*	.9*	1.9*	—	—	—
13. Hidalgo (146)	11.8	1.9*	4.6*	.65*	—	—
14. Jalisco (1269)	14.0	4.2	11.2	4.1	2.5	1.7
15. México (3386)	13.1	4.3	9.7	3.9	3.1	3.0
16. Michoacán (156)	10.8	—	10.2	1.9	—	—
17. Morelos (203)	8.8*	1.4*	4.9*	.49	—	.49*
18. Nayarit (71)	11.2	2.8*	15.4**	7.0**	—	1.4
19. Nuevo León (263)	7.6*	2.6*	5.3*	1.9*	—	.38*
20. Oaxaca (686)	8.8*	1.4*	5.1*	1.6*	—	.87*
21. Puebla (359)	12.5	2.5*	8.0*	1.1*	—	.83*
22. Querétaro (237)	8.8*	2.5*	5.9*	.84*	—	—
23. Quintana Roo (204)	13.2	5.3**	7.8*	.98*	—	.49*
24. San Luis Potosí (48)	8.3*	—	2.0*	—	—	—
25. Sinaloa (28)	—	—	—	—	—	—
26. Sonora (58)	8.9*	2.5	7.6*	2.5	—	—
27. Tabasco (383)	3.5*	.5*	3.3*	.27*	.55*	.55*
28. Tamaulipas (424)	5.6*	—	4.0*	1.1*	.94*	.47*
29. Tlaxcala (209)	7.6*	—	3.8*	.95*	—	—
30. Veracruz (926)	6.8*	—	5.7*	1.6*	1.5*	1.5
31. Yucatán (627)	15.6**	—	10.6	8.2**	8.1**	8.0**
32. Zacatecas (94)	5.3*	—	12.7**	1.0*	—	—
Promedio nacional	12.7	3.8	9.8	3.6	3.1	2.6
Límites de confianza	11.3 - 14.1	2.6 - 4.9	8.5 - 11.1	2.4 - 4.7	1.5 - 4.7	1.2 - 4.0

* Por abajo del promedio nacional / ** Por arriba del promedio nacional

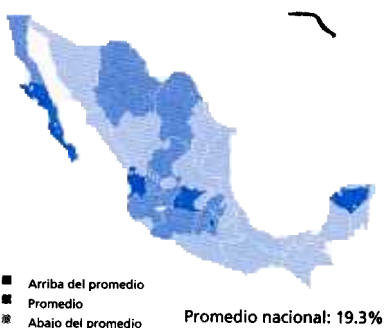
(n= 16,615)

Castro, M.E. Llanes, J., Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos, A.C. Dirección de Sistemas Abiertos. Dirección General del Bachillerato. SEP.

GRÁFICA 4
Prevalencia último mes
Drogas médicas



GRÁFICA 5
Prevalencia alguna vez en la vida
Drogas ilegales



GRÁFICA 6
Prevalencia último mes
Drogas ilegales

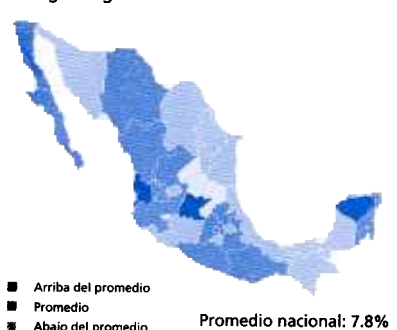


Tabla 3. Prevalencias por droga (Nivel nacional y entidad). Sistema abierto (18-25 años)

Entidad	Anfetaminas		Sedantes		Tranquilizantes	
	AL.VEZ	Ú.MES	AL.VEZ	Ú.MES	AL.VEZ	Ú.MES
1. Aguascalientes (130)	8.4*	2.3*	3.8*	.76*	6.9*	2.3*
2. Baja California (1451)	17.2**	5.3	5.4	1.7*	10.2	3.5*
3. Baja California Sur (87)	10.3*	5.7	11.4**	4.5	12.6**	4.5
4. Campeche (127)	11.8	1.5*	3.1*	1.5*	3.9*	2.3*
5. Coahuila (236)	12.2	2.9*	3.3*	1.6*	8.8*	1.2*
6. Colima (59)	13.5	3.3*	13.5**	1.6*	10.1	1.6*
7. Chiapas (307)	6.1*	1.6*	2.9*	.32*	5.8*	1.4*
8. Chihuahua (359)	13.6**	2.5*	6.1	1.9*	10.8	2.5*
9. Distrito Federal (2446)	9.9	3.1*	5.9	2.5	8.5*	1.4*
10. Durango (93)	11.8	2.1*	3.2*	—	16.1**	3.2*
11. Guanajuato (1432)	18.2**	13.3**	16.4**	13.9**	14.1**	14.5**
12. Guerrero (111)	7.6*	1.9*	5.7	.95*	10.4	1.9*
13. Hidalgo (146)	6.5*	1.3*	3.2*	.65*	7.8*	—
14. Jalisco (1269)	11.8	4.8	7.0	3.1	11.2	3.7
15. México (3386)	17.0**	6.9**	7.4	3.6	12.5**	4.6
16. Michoacán (156)	12.8	1.2*	8.9	—	8.9*	1.9*
17. Morelos (203)	11.8	2.9*	4.9*	1.4*	9.8	1.9*
18. Nayarit (71)	8.4*	5.6	16.9**	4.2	8.4*	2.8
19. Nuevo León (263)	11.7	4.5	2.2*	1.5*	7.9*	2.2*
20. Oaxaca (686)	8.4*	2.7*	5.2	2.1	7.1*	1.6*
21. Puebla (359)	8.9*	1.6*	5.2	1.1*	10.8	3.0
22. Querétaro (237)	9.7*	2.1*	2.9*	.84*	5.0*	1.2*
23. Quintana Roo (204)	13.7	3.9	11.2**	4.4	14.7**	4.9
24. San Luis Potosí (48)	4.1*	—	—	—	4.1*	—
25. Sinaloa (28)	17.8**	10.7**	7.1	—	7.1*	3.5
26. Sonora (58)	6.4*	1.2*	6.4	1.2*	8.9	3.8
27. Tabasco (383)	6.0*	2.2*	3.3*	.55*	4.9*	3.0
28. Tamaulipas (424)	4.7*	2.8*	3.0*	.47*	7.3*	2.1*
29. Tlaxcala (209)	5.7*	.95*	3.3*	.95*	6.6*	3.3
30. Veracruz (926)	11.7	3.6	5.8	2.8	10.9	4.9
31. Yucatán (627)	16.5**	9.7**	9.2**	5.9**	18.8**	9.2**
32. Zacatecas (94)	3.1*	1.0*	4.2*	—	12.7**	2.1*
Promedio nacional	12.9	5.2	7.0	3.5	10.7	4.3
Límites de confianza	1.2-14.1	3.8-6.5	5.7-8.3	2.1-4.8	9.6-11.7	2.8-5.7

* Por abajo del promedio nacional / ** Por arriba del promedio nacional

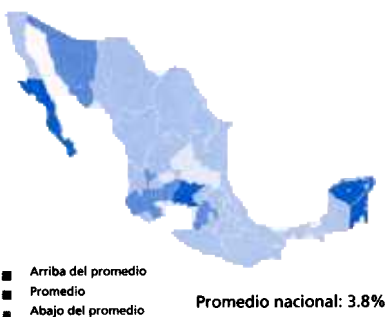
(n= 16,615)

Castro, M.E. Llanes, J. . Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos, A.C. Dirección de Sistemas Abiertos. Dirección General del Bachillerato. SEP.

GRÁFICA 7

Prevalencia alguna vez en la vida
Marihuana

GRÁFICA 8

Prevalencia último mes
Marihuana

GRÁFICA 9

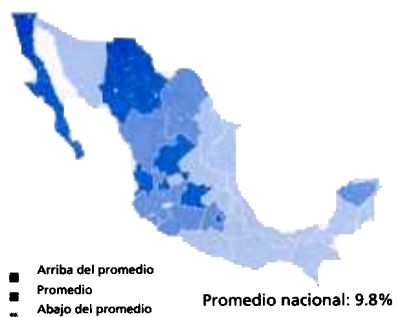
Prevalencia alguna vez en la vida
Cocaína

Tabla 4. Prevalencias por droga (Nivel nacional y entidad). Sistema abierto (18-25 años)

Entidad	Inhalables		Alucinógenos		Opiáceos	
	AL.VEZ	Ú.MES	AL.VEZ	Ú.MES	AL.VEZ	Ú.MES
1. Aguascalientes (130)						
2. Baja California (1451)	5.0	2.2	3.3	2.0	2.4	1.9
3. Baja California Sur (87)	8.0**	3.4	5.7	2.2	1.1	1.1
4. Campeche (127)	3.9*	.7*	3.9	—		
5. Coahuila (236)	5.9	1.2*	3.8	1.6	1.6	1.2
6. Colima (59)	5.0	—	—	—		
7. Chiapas (307)	4.5*	.65*	2.2*	.65	—	
8. Chihuahua (359)	4.4*	1.3*	2.2*	.83	.83*	
9. Distrito Federal (2446)	5.9	1.9	3.8	1.7	1.3	.85*
10. Durango (93)	1.0*	—	1.0*	—	1.0	
11. Guanajuato (1432)	13.5**	11.5**	15.0**	15.0	13.8**	11.9**
12. Guerrero (111)	4.7*	.95*	2.8*	.95	1.9	
13. Hidalgo (146)	7.2	2.6	3.9	.65		
14. Jalisco (1269)	6.3	2.2	5.0	2.6	3.0	2.3
15. México (3386)	6.1	3.3	4.4	3.3	3.2	2.5
16. Michoacán (156)	6.4	2.5	3.2	—		
17. Morelos (203)	5.4	2.4	3.9	.49	.98*	.49*
18. Nayarit (71)	11.2**	2.8	7.0**	4.2	2.8	2.8
19. Nuevo León (263)	3.4*	3.8	2.2*	1.1	.76*	.76*
20. Oaxaca (686)	5.9	2.0	3.6	.87	1.0	.87*
21. Puebla (359)	10.3**	3.8	3.8	1.1	1.6	.55*
22. Querétaro (237)	2.9*	—	3.3	—		
23. Quintana Roo (204)	4.9*	.98*	4.9	.98	1.9	.98*
24. San Luis Potosí (48)	2.0*	—	4.1	—	2.0	
25. Sinaloa (28)	3.5*	—	—	—	—	—
26. Sonora (58)	1.2*	—	2.5*	2.5	1.2	1.2
27. Tabasco (383)	1.6*	.55*	.55*	.27	.27*	—
28. Tamaulipas (424)	3.7*	1.6*	1.1*	.70	1.1	.23*
29. Tlaxcala (209)	5.7	1.4*	1.4*	1.4	.95*	.47*
30. Veracruz (926)	5.2	1.4*	2.8*	2.0	1.6	1.2
31. Yucatán (627)	7.1	5.3**	8.6**	10.5	9.4**	9.7**
32. Zacatecas (94)	3.1*	2.1	4.2	1.0	—	
Promedio nacional	6.2	3.1	4.7	3.4	2.6	2.6
Límites de confianza	5.3 - 7.2	2.0 - 4.3	3.3 - 6.12	1.7 - 5.0	1.2 - 4.0	1.2 - 4.0

* Por abajo del promedio nacional / ** Por arriba del promedio nacional

(Fuente: IFECS)

Cedro: M.F. Llanos, L., Instituto de Educación Preventiva y Abstinencia de España, A.C. Dirección de Sistemas Abiertos, Dirección General del Bachillerato, SEP

GRÁFICA 10

Prevalencia *último mes*
Cocaína



■ Arriba del promedio
■ Promedio
■ Abajo del promedio

Promedio nacional: 3.6%

GRÁFICA 11

Prevalencia *alguna vez en la vida*
Heroína

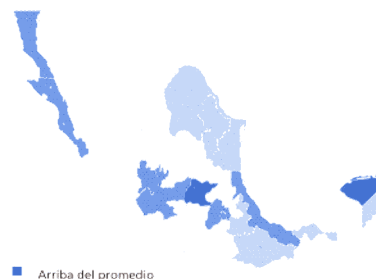


■ Arriba del promedio
■ Promedio
■ Abajo del promedio

Promedio nacional: 3.1%

GRÁFICA 12

Prevalencia *último*
Heroína



■ Arriba del promedio
■ Promedio
■ Abajo del promedio

Promedio nacional: 2.6%

Capítulo III.

sistemas de información

Este capítulo está formado por dos contribuciones.

El Sistema de Reporte de Información en Drogas SRID, que es un mecanismo para obtener información proveniente de diversas instituciones de salud y procuración de justicia en la Ciudad de México. Estas instituciones colaboran con el Instituto Nacional de Psiquiatría.

El SRID tiene como objetivo identificar tendencias, los cambios ocurridos y estimar la trayectoria del uso de drogas en la Ciudad de México, de esta manera cumple con los lineamientos señalados por el Plan Nacional contra la Farmacodependencia, de la Secretaría de Salud de 1985. Este Sistema ha operado ininterrumpidamente desde 1986, a la fecha ha realizando evaluaciones del fenómeno en dichas instituciones, durante los meses de junio y noviembre de cada año. Como resultado se dispone de información en una base de datos que integra el registro de 12, 212 casos estudiados en 28 series de tiempo.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones fue instrumentado en 1990 en la Dirección General de Epidemiología (DGE), el SISVEA recoge principalmente: i) **Información continua** que es proporcionada por instituciones que abordan el problema de las adicciones. Los datos son recolectados a través de cédulas específicas diseñadas de acuerdo con los registros habituales de cada institución u organismo, la frecuencia del reporte es mensual; ii) información de **Puestos Centinela** en donde se obtienen datos de las consecuencias individuales y sociales que tiene el abuso de drogas a través de los servicios de urgencias, y iii) **encuestas continuas**. Hasta estos momentos, el SISVEA está operando en 25 ciudades distribuidas en 18 estados del país.

Un sistema de vigilancia epidemiológica es aquel que conjunta datos de diferentes fuentes y proporciona información continua sobre las características del problema en un área geográfica definida. Puede estar basado en *eventos*, *casos* o *personas*, los primeros, como su nombre lo indica, registran todos los ingresos relacionados con el uso de sustancias sin considerar que una misma persona puede tener múltiples ingresos a una institución, como es frecuentemente el caso de abusadores de sustancias. Su utilidad se reduce a la evaluación de tendencias del problema. Ambos Sistemas están basados en registro de *eventos*.

Los sistemas de registro de *casos*, llevan el control del número de eventos por persona que solicita ayuda, este tipo de registro evita duplicaciones y permite hacer estimaciones menos sesgadas de la magnitud del problema en una población determinada; son factibles en instituciones en donde los pacientes son registrados con un número único.

Los sistemas de registro de *personas* permiten identificar los ingresos por persona independientemente del servicio o institución en donde fue atendida, son muy costosos y a pesar de que permiten hacer estimaciones menos sesgadas de la magnitud del problema que los dos anteriores, su cobertura no es completa, por lo que el equilibrio costo beneficio es malo.

Los sistemas de información permiten:

- a) Obtener información sobre patrones de consumo de drogas y sus tendencias;
- b) identificar grupos vulnerables que están en riesgo actual o potencial de involucrarse en el uso de drogas e identificar los factores que los ponen en riesgo;
- c) servir como sistemas de identificación temprana para detectar sustancias de abuso, y
- d) comunicar la información con el propósito de que puedan desarrollarse estrategias de intervención.

Un sistema instrumentado en diferentes localidades permite obtener información en el ámbito comunitario de un problema en continuo cambio, que está moldeado por las características socioculturales de cada localidad, que puede difundirse súbitamente y variar de la misma forma, solamente un sistema instrumentado a este nivel puede dar cuenta rápida de esta información.

Comparten, sin embargo, las limitaciones de los sistemas de registro de *casos* en instituciones, es decir, se obtiene información del número de casos nuevos detectados en las instituciones incluidas en el sistema sin poder hacer inferencias del número total de casos nuevos en la población, ni de la población a la que representan, en otras palabras se tienen numeradores¹ y denominadores² relativos.

Numerador = población con la enfermedad o característica

Denominador = población de referencia

El Sistema de Reporte de Información en Drogas SRID

Arturo Ortiz; Alejandra Soriano; Jorge Galván.

INTRODUCCIÓN

El Sistema de Reporte de Información en Drogas, SRID, es un mecanismo que proporciona las tendencias, identifica los cambios ocurridos y estima la trayectoria del uso de drogas en la Ciudad de México, desde el punto de vista de la información de salud y de justicia.

El SRID se encuentra en operación desde 1986 en el área metropolitana de la Ciudad de México, en cumplimiento a los lineamientos de la Ley General de Salud de 1984 y el Programa contra la Farmacodependencia de 1985 elaborado por el Consejo Nacional contra las Adicciones. Dentro del marco de este Programa se encomienda al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz –entonces llamado Instituto Mexicano de Psiquiatría-, el diseño y puesta en operación de un mecanismo que aportara un panorama general sobre las tendencias del fenómeno de la farmacodependencia en la Ciudad de México (Ortiz, A. y cols. 1989; Galvan, J. y cols 1997) y que, a su vez, permitiera contar con una base de datos que se actualizara periódicamente.

Se entiende por tendencia la dirección en la que se orientan los valores de las variables que integran el fenómeno. Una tendencia surge cuando tres o más resultados de una variable, consecutivos en el tiempo, se orientan en una misma dirección. Las tendencias revelan o representan en el nivel micro lo que sucede con el problema en el medio ambiente natural a nivel macro.

Participan en el SRID instituciones pertenecientes al sector salud y procuración de justicia, que por la naturaleza de sus actividades reciben a personas de la población general, algunas de ellas entran en el criterio de caso. A tales instituciones se les conoce como “Grupo Interinstitucional para el Desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas”.

TIPO DE SISTEMA

El SRID es un sistema basado en eventos, dado que la información proviene de un evento asociado al consumo que lleva a la persona a una institución de salud o de procuración de justicia, ahí es identificado como usuario y entra en el criterio de caso. También es, en parte, un sistema basado en casos porque es a partir de las personas que se autorreconocen como tal, de quienes se obtiene la información que se registra en un control dentro del Sistema a fin de evitar la duplicidad en la evaluación de los casos.

TIPO DE MUESTREO

EL SRID obtiene la información en el marco de un muestreo no probabilístico de tipo intencional en series de tiempo equidistantes.

Es un muestreo no probabilístico dado que los casos para evaluación se obtienen de las personas que llegan a las instituciones participantes, en los periodos de evaluación, y no a través de un diseño de muestreo donde se eligen a personas en particular.

Es de tipo intencional pues se buscan los casos que tienen la característica que interesa estudiar, usuarios de drogas, dentro del universo de la población que es captada por las instituciones participantes.

Es de series de tiempo equidistantes, porque cada evaluación se realiza, repetitivamente, desde el inicio a la fecha, cada año en los meses de junio y noviembre.

CRITERIO DE CASO

Para el SRID se considera caso a la persona que ingresa a las instituciones participantes durante el periodo de evaluación y que reconoce haber consumido al menos *alguna vez en la vida* alguna droga con el propósito de intoxicarse. Se incluye el uso de fármacos médicos fuera o alterando la prescripción, ya sea en dosis, frecuencia o duración del uso. Se excluyen los casos de exposición accidental u ocupacional, así como aquéllos en los que solamente se consume alcohol y/o tabaco.

Al momento de la elaboración del presente documento, la base de datos con la que cuenta el SRID incluye información de 12, 212 casos captados en 28 series de tiempo.

INSTRUMENTO

El instrumento de recopilación de información es la cédula de registro llamada *Informe Individual sobre Consumo de Drogas* que, de acuerdo con el consenso de los expertos de las instituciones participantes, contiene los indicadores mínimos básicos y más relevantes para evaluar el fenómeno.

Dichos indicadores se derivan de varias fuentes: las propuestas de los expertos de las instituciones participantes, los considerados más relevantes de acuerdo a los resultados de investigaciones sobre el problema del consumo de drogas en nuestro país; los que surgen de la experiencia de otros países que tienen en operación sistemas similares y los propuestos por la Organización Mundial de la Salud, OMS, (Rootman, I., 1980; Hughes, P., 1980; Hong Kong, 1986; NIDA 1982a, 1982b, 1986).

Los indicadores evaluados son:

- *Datos de identificación del caso*: recabados únicamente para propósitos estadísticos, por lo que se mantiene el anonimato y la confidencialidad de la información de la persona que responde y así se le informa.
- *Características demográficas*: sexo, ocupación, escolaridad, edad, nivel socioeconómico y estado civil.
- *Motivo de ingreso a la institución*: se describe éste y, en el caso de delitos, se evalúa si se cometió bajo la influencia de alguna droga, si hay relación del ingreso con el consumo de sustancias y si hay consumo de éstas seis horas antes del ingreso, especificando el tipo de droga y la dosis.
- *Problemas asociados antes y después del consumo de drogas*: cuáles son los problemas específicos que el usuario considera que están relacionados directamente con su consumo, sean antes o después del mismo, así como el que piensa que es el más importante.
- *Consumo de drogas*: se evalúan 13 tipos de drogas clasificadas en tres categorías 1) médicas: anfetaminas y estimulantes, sedantes-tranquilizantes, otros opiáceos y otras drogas médicas, 2) no médicas: alucinógenos, cocaína, heroína, inhalables y marihuana, 3) socialmente aceptadas: alcohol y tabaco. También se evalúa para cada droga: *uso alguna vez en la vida, último año* y la frecuencia del consumo *en el último mes*; en qué año y a qué edad se inició el consumo de cada droga; las vías de administración y el nombre específico que el usuario reporta.

Otros aspectos que se evalúan son: el orden cronológico de las primeras cinco drogas que el usuario empleó en su historia de consumo incluyendo alcohol y tabaco; el motivo por el cual él considera que se inició en el consumo, así como el inicio en el consumo de alguna droga en los *últimos 30 días*.

PROCEDIMIENTO

Para la aplicación del instrumento primeramente se capacita al personal de cada institución que va a realizar esta actividad, existe un curso y un manual diseñado para este fin. Además, las personas capacitadas están en posibilidad de, a su vez, entrenar a otras personas, lo que facilita la continuidad de la aplicación.

La recopilación de información se realiza cada seis meses, durante los treinta días de junio y noviembre de cada año, mediante criterios y procedimientos definidos previamente. El personal capacitado aplica la cédula durante el periodo de evaluación y es supervisado por personal del INP.

Una vez terminado el periodo de evaluación, las cédulas son codificadas, capturadas y los datos son analizados en el INP. Los resultados obtenidos se integran en un reporte que se distribuye a las instituciones participantes, funcionarios del sector salud y procuración de justicia, asimismo está a disposición del público general en el INP en el Centro de Información y Documentación en Salud Mental y Adicciones, CISMA del INP, o en la página web: <http://www.impcdsm.edu.mx>.

ALCANCES DEL SRID

Entre las ventajas del Sistema se encuentran las siguientes:²

1. Su operación es económica, ya que se sirve de la infraestructura de las propias instituciones.
2. Proporciona información actualizada del fenómeno.
3. Facilita el estudio de los hábitos de uso de drogas y los cambios a través del tiempo.
4. Ayuda a la determinación de los servicios que se requiere en la atención de los usuarios.
5. Permite identificar nuevos grupos de alto riesgo, nuevas drogas en el mercado.
6. Tiene una base de datos con la cual se pueden realizar análisis más detallados de acuerdo a las necesidades de los programas de intervención.

LÍMITES DE LA INFORMACIÓN PARA LA INTERPRETACIÓN

Los resultados del SRID, obtenidos en cada evaluación, constituyen un diagnóstico a partir de un corte transversal que da cuenta de las características del fenómeno en el momento de la realización de la evaluación. A mediano y largo plazos la acumulación de evaluaciones constituye una evaluación longitudinal; da cuenta de la evolución del problema a lo largo de su historia.

El SRID evalúa el comportamiento interno de dicho fenómeno, identifica cuáles son las características que lo integran y sus variaciones, independientemente de su magnitud y de los aspectos cualitativos. Estos últimos son el objeto de otras metodologías ya sean de orientación epidemiológica o cualitativa. La confluencia de diversas metodologías es la única manera de tener *ventajas* diferentes que permitan observar, de manera más completa el uso y abuso de sustancias adictivas.

Los resultados del SRID se expresan en términos de proporciones: al Sistema le interesa identificar dentro del universo de individuos identificados como usuarios de drogas, cómo se distribuyen las proporciones, de acuerdo con los indicadores que se evalúan, como por ejemplo, qué proporción ha usado drogas *alguna vez en la vida*, qué tipo de droga, identificar por sexo cómo se distribuye el consumo, las características sociodemográficas de los usuarios, entre otros.

El SRID constituye un *micro modelo* del fenómeno que por su naturaleza es macro. Por esto es posible asumir que si los valores registrados para una variable cambian en una dirección, entonces éste estará cambiando en el medio ambiente natural en esa misma dirección.

Asimismo, el SRID es un modelo de *mínimos* dado que:

- a) Evalúa la información mínima que es necesaria para informar sobre el fenómeno.
- b) Evalúa el número de veces mínimo que el consenso de los expertos considera necesario para conocer su dinámica cambiante.

Esto significa que si se evaluase más frecuentemente se tendría probablemente más precisión, pero no justificaría el esfuerzo y el gasto en recursos humanos y materiales; por el contrario, si se evaluara con menos frecuencia se perdería información de muchos cambios que es necesario seguir de cerca para la precisión del diagnóstico.

De la misma manera el Sistema constituye un *modelo de consenso*: la experiencia compartida de los expertos de las instituciones participantes es la que da validez al modelo. Los expertos, con base en su experiencia, están de acuerdo en que los indicadores evaluados son los que se requiere conocer. Este consenso es fuente de validez y confiabilidad.

RESULTADOS

1. TENDENCIAS DEL USO DE DROGAS, 1986-2000-I

Desde el inicio del Sistema, hasta la fecha de la elaboración del presente reporte, las tendencias del uso revelan que las drogas de mayor consumo tradicionalmente habían sido la marihuana y los inhalables, sin embargo desde, 1998-I la cocaína tiene un nivel de consumo que está por arriba de ambas. (Gráficas 1 y 2); en 1986 tenía un nivel de consumo de 1.6% y ha llegado a 67% en el periodo 2000-I; éste es el incremento más significativo registrado en este periodo.

Los sedantes presentaron un aumento significativo en el reporte de 1996-II, desde entonces ha ido disminuyendo la proporción de consumo en aproximadamente un -50% al año 2000-I. Hay que seguir de cerca esta tendencia ya que el Rohypnol está incluido en este grupo. Los tranquilizantes han disminuido en su nivel de uso desde 1999-I, en -50% en relación con la proporción reportada en 1998-II (Gráfica 3).

El comportamiento del consumo de los estimulantes se ha mostrado variable entre 2.1 y 7.8 usuarios por cada 100, durante el periodo de 1986 a 2000-I. Por su parte el consumo de la heroína muestra un nivel menor, sin embargo, se ha incrementado del 0.5% a 1.8% en el 2000-I. De cualquier manera, es un consumo que debe vigilarse de cerca ya que las tendencias han sido variables alcanzando hasta el 3.9% en 1993-I (Gráfica 4).

Por otro lado en el rubro de otras drogas se observa que el consumo *alguna vez en la vida* se incrementó de 5.5% en 1999-II a 9.2% en 2000-I. Este incremento se debe principalmente a las metanfetaminas conocidas también como *tachas*, *éxtasis*, etc, y a los *poppers* (Gráfica 5).

2. EVALUACIÓN 2000-I.

Para la evaluación realizada en junio del año 2000, se tienen los siguientes resultados.

Respecto a las características demográficas de los usuarios, se encontró que consideradas todas las drogas de cada 100 usuarios 10 son mujeres, la edad reportada con mayor frecuencia oscila entre los 15 y 19 años (32.1%), solteros (62.9%), niveles socioeconómicos bajo (50.2%) y medio (48.9%), la escolaridad corresponde a secundaria incompleta (24.8%), la ocupación es de empleados o comerciantes (39.1%) y sin ocupación (26.8%).

Respecto al uso de drogas *alguna vez en la vida*, por sexo, excluyendo alcohol y tabaco, se encuentra que hombres y mujeres emplean en primer lugar la cocaína y en segundo mariguana (67.2 y 56.6% respectivamente, para los hombres y para las mujeres 66.2 y 46.5%). Se encuentra una proporción similar para el uso en el *último año*, aunque en el caso de las mujeres los inhalables y la mariguana tienen niveles similares (33.8 y 32.4%).

El uso por edad muestra que la droga que se consume desde edad más temprana es la cocaína, antes de los 11 años. Entre los 15 y 19 años un mayor número de usuarios está consumiendo, además emplean todas las drogas.

La droga de inicio por sexo muestra que los hombres se inician con la mariguana, inhalables y cocaína (22.7, 18.7 y 18.2%) mientras que las mujeres con cocaína, inhalables y mariguana (23.9, 19.7 y 12.7%).

El inicio del consumo en el *último mes*, que se considera como incidencia, muestra a los inhalables y la cocaína como las drogas con las que se están iniciando los usuarios en este periodo de evaluación (0.7 y 0.4%).

El año de inicio por tipo de droga muestra que en el periodo 97- 99 la cocaína tuvo mayor proporción como droga de inicio (53.0%) seguida de los inhalables (36.3%) y la heroína (33.3%).

La edad de inicio por tipo de droga muestra que los inhalables (7.5%), los alucinógenos (5.3%), la mariguana y los sedantes (3.3%) se emplean desde los 11 años de edad o antes. Todas las drogas registradas se emplean entre los 12 y 14 años. Estos datos son consistentes con lo señalado respecto a que en el rango de los 15 a 19 años se da el mayor inicio en el consumo. Después de los 30 años se inicia el consumo principalmente de anfetaminas y otros estimulantes, así como de otros opiáceos (13.3 y 12.5%).

El número de drogas consumidas por usuario muestra que la mayoría consume entre una y tres (87.8%), únicamente el 12% restante entre cuatro y ocho.

Respecto al tipo de usuario, se observa una proporción semejante entre usuarios que han consumido en el *último mes* de 1 a 5 días y los que lo han hecho durante 20 días o más: 29.1 y 28.2% respectivamente, (Gráfica 6).

CONCLUSIONES

La información que proporciona el SRID es útil para establecer un diagnóstico oportuno respecto al consumo de drogas en la Ciudad de México. Identifica los indicadores señalados tanto en la descripción del instrumento como en los resultados, lo cual sirve para apoyar la toma de decisiones y el diseño de acciones preventivas y de tratamiento.

En cuanto a las tendencias sobre consumo de sustancias adictivas lo más destacado ha sido el notable incremento de cocaína a principios de los años noventa y, a partir de ese momento, mostró una tendencia siempre en aumento. Recientemente se ha podido observar que el consumo de esta droga ha mantenido una cierta estabilidad, al menos en los dos últimos años.

Las tendencias de consumo de mariguana e inhalables han sido las más elevadas desde que se inició el Sistema. A diferencia de la cocaína, estas sustancias han presentado una mayor estabilidad durante estos quince años, sin embargo, de 1996 a la fecha se ha observado un gradual decremento en su consumo.

También ha resultado significativo el incremento del consumo de sedantes a partir del primer semestre de 1996, presentando el nivel más elevado en el segundo semestre de este mismo año, para disminuir casi en un -50% en la evaluación del 2000-I. El consumo de flunitracepam (Rohypnol) pudiese explicar esta súbita elevación de la tendencia.

Dentro del consumo de otras drogas destaca el incremento originado por el uso de nuevas sustancias, entre las que se encuentra el *éxtasis*, cuya frecuencia de consumo por parte de los usuarios es cada vez mayor.

Respecto a las tendencias de la edad de inicio, aun cuando se había detectado un inicio a edades más tempranas en casi todas drogas, incluyendo aquellas denominadas *fuertes* como la cocaína, en la última evaluación la edad promedio que se presenta en esta droga se parece mucho al perfil que guardaba anteriormente.

Por otra parte, al contar con información actualizada periódicamente y proveniente de las principales instituciones de salud que atienden problemas de uso de drogas y de las instituciones de justicia, es posible tener la estimación de las principales variables asociadas con el uso y/o abuso de sustancias.

El funcionamiento ininterrumpido del Sistema de Registro de Información en Drogas ha sido de gran utilidad, ya que durante 15 años ha aportado información continuamente actualizada del consumo de drogas en la Ciudad de México, misma que ha servido de base para el establecimiento de políticas nacionales en materia de investigación y prevención de la farmacodependencia, así como de apoyo en las acciones que realizan las instituciones que participan en el Sistema.

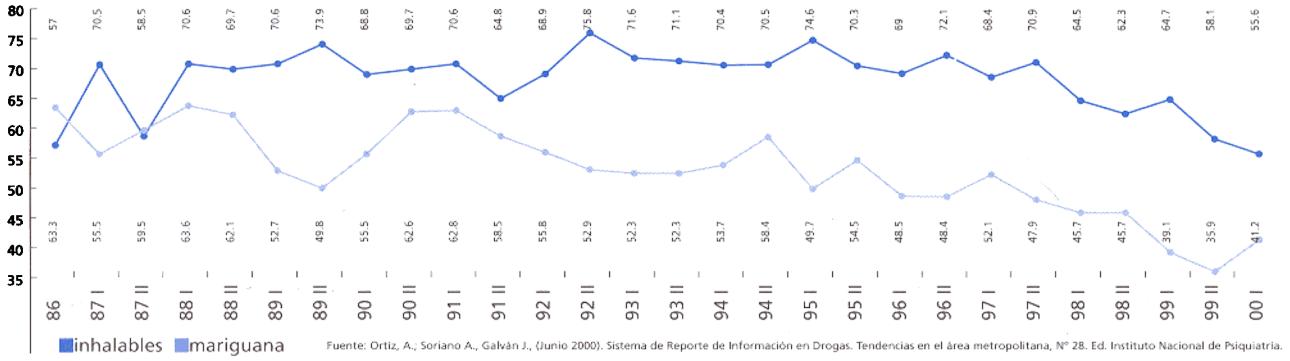
Finalmente, cuando existen obstáculos reales como la falta de recursos financieros y/o humanos para llevar a cabo evaluaciones periódicas más sofisticadas y costosas, un sistema de este tipo se convierte en una valiosa alternativa, dadas sus características de diseño y operación que las hace utilidad para países en vías de desarrollo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Galván, J.; Ortiz, A.; González, L. 1997. *El Sistema de Registro de Información sobre Drogas. Un auxiliar diagnóstico en la evaluación de la farmacodependencia*. **Salud Pública de México**, 39: 61-68.
2. *Hong Kong Central Registry on Drug Abuse*. 1986 Seventeenth Report, Sept. 1976 - Dec. 1985. Narcotics Division, Government Secretariat, Hong Kong.
3. Hughes P.; Venulet J.; Khant U.; Medina-Mora M.E.; Navaratam V.; Poshychinda V.; Rootman I.; Salan R.; Wadud K.A. 1980. **Core Data for Epidemiological Studies of Nonmedical Drug Use**. World Health Organization Offset publication No. 52, Geneva.
4. National Institute on Drug Abuse. 1982a. **Drug Abuse Warning Network. Instruction Manual for Hospital Emergency Rooms**. U.S. Department of Health and Human Services, U.S.A.
5. National Institute on Drug Abuse. 1982b. **Drug Abuse Warning Network. Instruction Manual for Medical Examiners**. U.S. Department of Health and Human Services, U.S.A.
6. National Institute on Drug Abuse. 1986. **Annual Data 1985. Data from the Drug Abuse Warning Network**. (DAWN). U.S. Department of Health and Human Services, U.S.A.
7. Ortiz A.; Soriano A.; Galván J.; Rodríguez E.M: Junio 2000. **Sistema de Reporte de Información en Drogas. Tendencias en el área metropolitana. No. 28**.
8. Ortiz A.; Orozco C.; Romano M.; Sosa R. 1989. Desarrollo del *Sistema de Reporte de Información en Drogas y tendencias del consumo en el área metropolitana*. **Salud Mental** 12(2): 35-41.
9. Pearson, P.H.; Retka, R.L.; Woodward, J.A. 1976. **Toward a Heroin Problem Index. An Analytical Model for Drug Abuse Indicators**. National Institute on Drug Abuse, Technical Paper. U.S. Department of Health and Human Services, Washington, U.S.A.
10. Roca, J.; Antó, J. 1986. **Protocolo del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías**. Ministerio de Sanidad y Consumo. Barcelona, España.
11. Rootman, I. y Hughes P.H. 1980. **Drug Abuse Reporting Systems**. WHO Publication Offset No. 55. Geneva.
12. Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Mexicano de Psiquiatría. 1985. **Programa contra la Farmacodependencia. Secretaría de Salud**. México.
13. Secretaría de Salud. Dirección General de Asuntos Jurídicos, 1984. **Ley General de Salud**. México, D.F.
14. Soriano A. 2001. **Tendencias y predicción del consumo de drogas y características del usuario a través del Sistema de Reporte de Información en Drogas**. Tesis para optar por el grado de Maestría en Ciencias de la Salud. Universidad Nacional Autónoma de México. México. D.F.

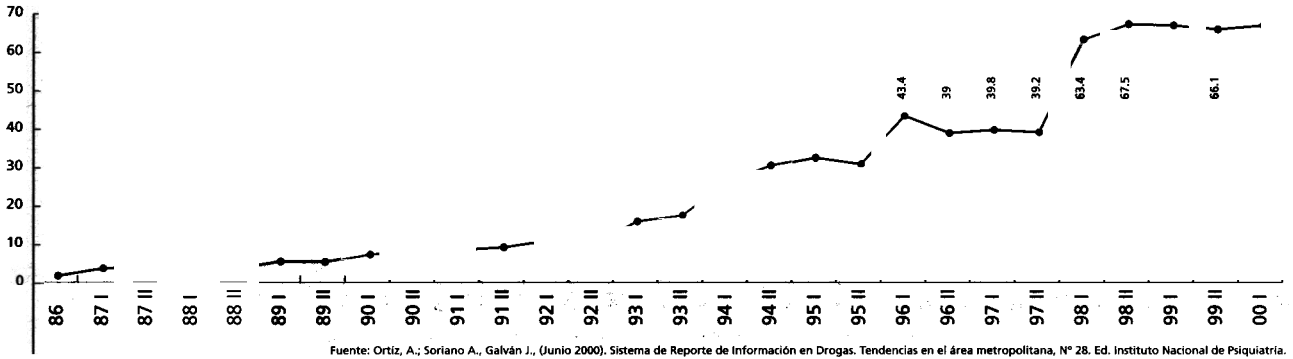
GRÁFICA 1

Tendencias de uso alguna vez en la vida inhalables y marihuana



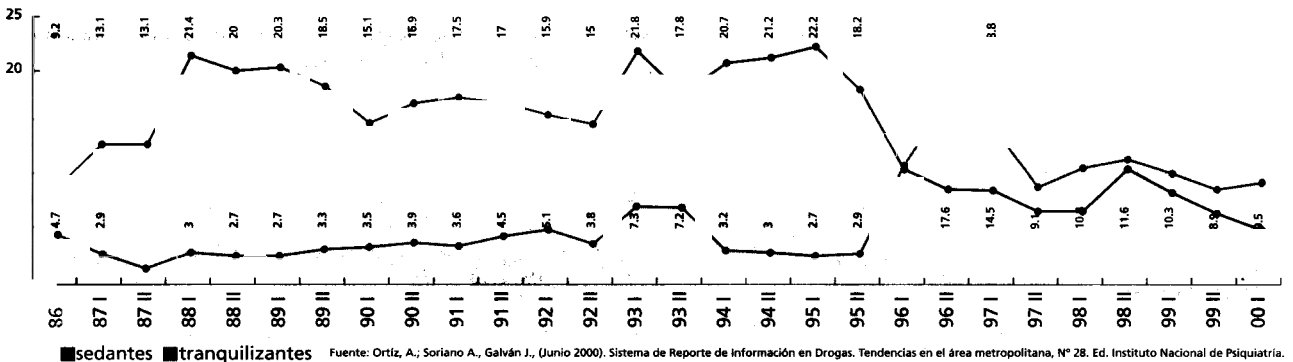
GRÁFICA 2

Tendencias de uso alguna vez en la vida cocaína



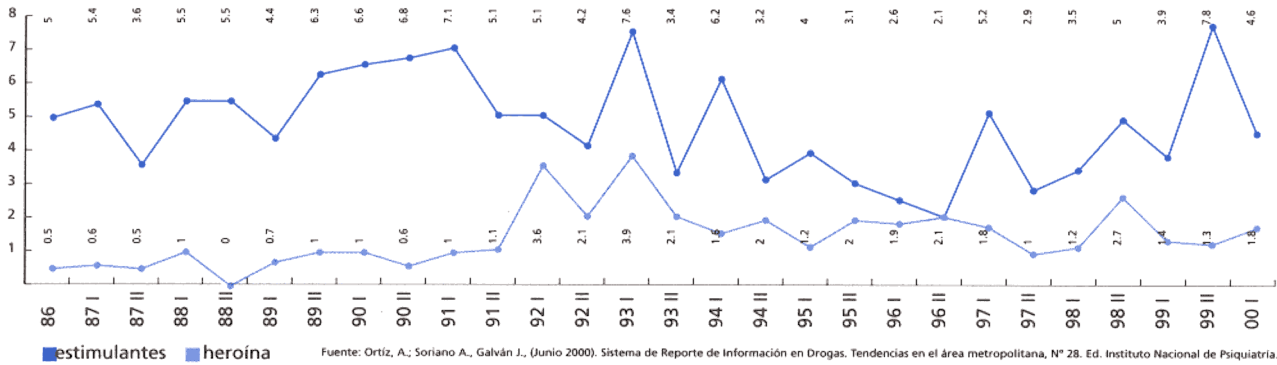
GRÁFICA 3

Tendencias de uso alguna vez en la vida sedantes y tranquilizantes



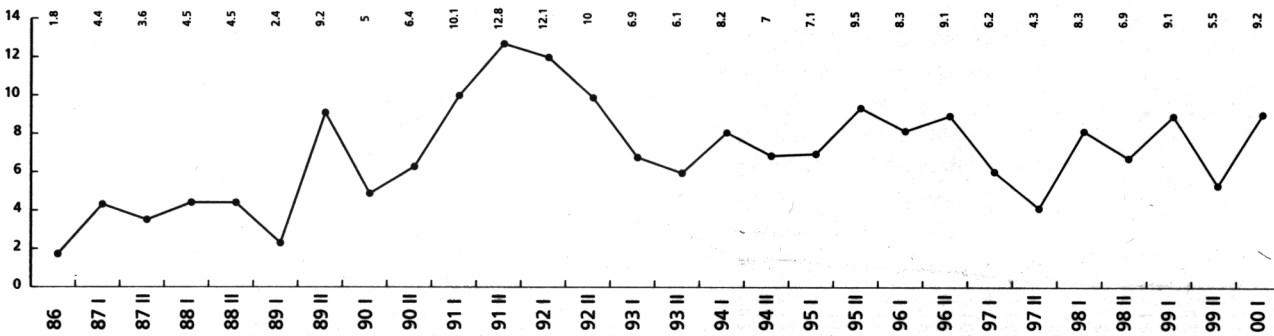
GRÁFICA 4

Tendencias de uso alguna vez en la vida estimulantes y heroína



GRÁFICA 5

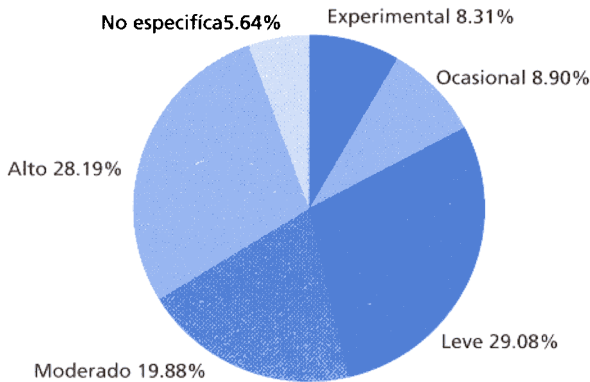
Tendencias de uso alguna vez en la vida otras drogas



GRÁFICA 6

Tipo de usuario (Excluye alcohol y tabaco)

N=674



- Experimental:** Usuario que reportó únicamente consumo de droga alguna vez en la vida, pero no el último año ni el último mes.
- Ocasional:** Usuario que reportó consumo de droga en el último año, pero no en el último mes.
- Leve:** Usuario que reportó consumo de droga en el último mes, de 1 a 5 días.
- Moderado:** Usuario que reportó consumo de droga en el último mes, de 6 a 19 días.
- Alto:** Usuario que reportó consumo de droga en el último mes, durante 20 días o más.
- No específica:** Usuario que reportó consumo de droga en el último mes, pero no indicó frecuencia de ésta.

Fuente: Ortiz, A.; Soriano A., Galván J., (Junio 2000). Sistema de Reporte de Información en Drogas. Tendencias en el área metropolitana, N° 28. Ed. Instituto Nacional de Psiquiatría.

El porcentaje expresado está calculado con respecto a la droga que alcanza el más alto porcentaje de consumo.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones SISVEA

Roberto Tapia-Conyer; Pablo Kuri; Patricia Cravioto; Blanca De la Rosa; Blanca Estela Fernández y Fernando Galván

INTRODUCCIÓN

La sociedad contemporánea demanda un sistema de salud diferente, congruente con la transición epidemiológica, que responda a las demandas de salud prioritarias, como las enfermedades crónico degenerativas entre las que se encuentran las adicciones, por lo que se deben realizar acciones para atenderlas que deben ser oportunas y eficaces.

Por este motivo, la atención y prevención de los problemas de salud de la población, como el caso de las adicciones, son una prioridad para el gobierno mexicano. Para cumplir con este propósito, la Secretaría de Salud (SSA) norma y coordina los esfuerzos de instituciones públicas y privadas en un órgano denominado Sistema Nacional de Salud. Dentro de la SSA, como órgano normativo y rector se lleva a cabo el seguimiento y operación de programas y el sistema que detecta e identifica los problemas de salud más importantes, los grupos más afectados, los lugares con más enfermos, es el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994 de la Vigilancia Epidemiológica publicada en el Diario Oficial del 11 de octubre de 1999, la cual menciona los subsistemas de información, capacitación, supervisión y evaluación para su operación.

Dentro de este Sistema, se contemplan, además, padecimientos que por su magnitud, trascendencia y características, o gravedad de daños, o bien por compromisos institucionales, son sujetos de atención especial, por lo cual se ha puesto en práctica subsistemas especiales de información que son operados en coordinación con los programas sustantivos. Tal es el caso del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), que al igual que todo sistema de vigilancia genera datos para el estudio y prevención en este caso de este fenómeno. Su objetivo es: mantener un diagnóstico actualizado y periódico de los indicadores de salud relacionados directa e indirectamente con el uso de alcohol, tabaco, y otras drogas ilícitas y médicas que permite informar a los tomadores de decisiones en el país, así como establecer estimadores nacionales, capaces de ser comparados internacionalmente.

Establecido desde 1990, en la Dirección General de Epidemiología (DGE), el SISVEA se instaló en ese momento en ocho ciudades de la frontera norte de nuestro país y desde entonces ha permitido identificar cambios en los patrones de consumo, grupos en riesgo, nuevas drogas y factores asociados con el uso y abuso de tabaco, alcohol, drogas ilícitas y médicas bajo tres estrategias, en donde se recaba información de indicadores directos e indirectos.

La primera estrategia denominada **información continua** es proporcionada por instituciones que abordan el problema de las adicciones desde diferentes aspectos como son el médico, social y jurídico. Entre éstos se encuentran: centros de tratamiento gubernamentales y no gubernamentales; Consejo Tutelar de Menores; clínicas de tabaco; Servicio Médico Forense y Procuraduría General de la República. Los datos son recolectados a través de cédulas específicas diseñadas de acuerdo con los registros habituales de cada institución u organismo, lo cual las hace factibles en operación, se minimizan las actividades y tiempos. La frecuencia del reporte es mensual.

La segunda estrategia, denominada **puesto centinela** en el que se obtiene información de las consecuencias individuales y sociales del abuso de drogas a través de los servicios de urgencias. Por su complejidad, la frecuencia de reporte establecida es de una semana cada semestre en la denominada *semana típica* en la cual se recaban datos los siete días, las 24 horas, de todo paciente que demande este servicio, de tal forma que se puede asociar la morbilidad y principalmente las lesiones por causa externa asociada al uso de drogas. Este periodo de levantamiento de información corresponde a una semana que no sea de temporada vacacional o días festivos. Las fuentes de obtención son: los servicios de urgencias de hospitales de instituciones como Cruz Roja, IMSS, ISSSTE, entre otros.

En cuanto a la tercera estrategia, denominada **encuestas continuas**, se refiere a la realización de encuestas probabilísticas y no probabilísticas con las que es posible evaluar la prevalencia de tabaco, alcohol y otras drogas, conocimiento sobre actitudes y prácticas en población general, hogares, lugares de trabajo, escuelas y otras que por su nivel de riesgo son seleccionadas.

Hasta estos momentos, el SISVEA está operando en 25 ciudades distribuidas en 18 estados del país y ha buscado consolidar un sistema local, regional y nacional, para cumplir con sus objetivos y funciones primordiales. A diez años de haber iniciado, se ha evaluado su desempeño, permitiendo conocer, de manera objetiva, fortalezas y logros obtenidos así como las debilidades que obstaculizan un funcionamiento más eficiente.

El Sistema contempla un componente de autoevaluación que permite adaptarlo a las circunstancias del país y su mejoramiento, pero se mantienen constantes los indicadores básicos que permiten evaluar las tendencias.

TENDENCIAS NACIONALES DE CONSUMO DE DROGAS

MARIGUANA

De 1991 a 2000, se aprecia una tendencia al descenso como droga de inicio, pese a que de 1991 a 1998 ocupó el primer sitio en centros de tratamiento gubernamentales (Centros de Integración Juvenil –CIJ–), para ser desplazada a partir de 1999 por el alcohol. Como droga de uso actual, ha mostrado variaciones desde 1991 hasta el 2000, alcanzando en 1993 su pico máximo (27.3%) para ir disminuyendo paulatinamente hasta alcanzar su menor proporción en 1998 con tan sólo 14.3% de los pacientes de estos centros. Asimismo, hay incremento de su consumo en 1999 (22.1%) y de nuevo un descenso para el 2000 con 18.6%.

Con lo que respecta a los centros de tratamiento no gubernamentales, su incorporación al SISVEA fue a partir de 1994, por lo que el periodo de referencia es diferente al de los gubernamentales. En el periodo de 1994 a 2000, la mariguana muestra un comportamiento más o menos estable; sin embargo, cabe señalar que en 1994 ocupó el segundo sitio como droga de inicio con una prevalencia de 32.7%, pero en el periodo de 1995 a 1998 se sitúa en primer lugar; al igual que en los gubernamentales desde 1999 muestra un descenso. Como droga de impacto, se ha mantenido más o menos estable ocupando entre el tercer y cuarto sitio.

Para el 2000, la mariguana en CIJ ocupó el segundo sitio tanto como droga de inicio, con una prevalencia de 21.3%, cuanto como droga de uso actual con 18.6%. En centros de tratamiento no gubernamentales se situó junto con el alcohol en primer sitio como droga de inicio y hasta el cuarto lugar como droga de impacto con una prevalencia de 11.8%.

INHALABLES

En los centros de tratamiento gubernamentales el comportamiento en el uso de inhalables como droga de inicio, para el periodo 1991-2000, registró decremento en más del 50%, ya que para 1991 fue de 30.2% y para el 2000 de 14.0%. En cuanto a la droga de uso actual se observa también un descenso, encontrando una prevalencia de 27.6% para 1991, en que ocupó el primer sitio y de 13.6% para el 2000 pasando al tercer lugar.

En los centros de tratamiento no gubernamentales lo observado es semejante a los CIJ ya que tiende al decremento, para 1991, se ubicó en el tercer lugar como droga de inicio con 16.3%, manteniéndose en el mismo lugar en todos los años del periodo 1994-2000. En cuanto a la droga de impacto, se ubica en el último lugar del grupo para todos los años a excepción de 1994 que se registró en el cuarto lugar.

Durante el año 2000 en los centros de tratamiento gubernamentales los inhalables se ubicaron como la tercera droga de inicio más reportada (14%) y como droga de uso actual (13.6%). Mientras tanto en los no gubernamentales ocuparon el tercer lugar (8.2%) como droga de inicio y el quinto (4.2%) como droga de impacto entre los pacientes que demandaron este tratamiento.

ALCOHOL

En los centros gubernamentales se observa que el consumo de alcohol como droga de inicio durante el periodo del año 1991 (17.4%) al año 1995 (17.8%) se mantiene con pocas variantes, y es a partir del año 1996 al 2000 que casi se duplica. Cabe señalar que mientras en 1991 ocupaba el tercer sitio como droga de inicio, de 1999 a 2000 ocupa la primera posición. Como droga de uso actual se observa que de 1991 a 1995 se mantiene con pocas variantes y del año 1996 al año 2000 disminuyó de 8 a 7.2%.

En los centros no gubernamentales el comportamiento en el consumo de alcohol como droga de inicio se observa que del año de 1994 a 1997 desciende en forma considerable, de 36.4 a 22.8% para incrementarse nuevamente de 1998 (26.7%) al año 2000 (30.4%) manteniéndose en primer lugar como droga de inicio desde 1994.

Para el 2000 en los centros gubernamentales fue la droga más comúnmente reportada como droga de inicio (32.1%), pero como droga de uso actual ocupó el cuarto lugar (7.2%). En centros no gubernamentales ocupó el primer lugar como droga de inicio (30.4%) y en segundo lugar como droga de impacto (15.6%).

COCAÍNA

En los centros gubernamentales (CIJ) como droga de inicio mantiene un incremento progresivo a partir de 1991 (0.9%) hasta 1997 (8.5%), estabilizándose de 1998 al 2000 con 12.9% anual. Con relación a la droga de uso actual vale la pena señalar que en seis de los diez años analizados (de 1995-2000) se ha reflejado como la sustancia de mayor uso.

En los centros de tratamiento no gubernamentales, para 1994 esta sustancia registra un 3.4% de consumo como droga de inicio, similar a CIJ para el mismo año (3.9%), presentó un incremento progresivo al 2000 (5.8%). En cuanto a droga de impacto los resultados presentan variaciones ubicándose en primero y segundo lugares durante el periodo analizado (1994-2000).

En el 2000 entre los pacientes de centros gubernamentales, la cocaína alcanzó el cuarto lugar como droga de inicio (12.7%) y primero como de uso actual (43.1%). En los no gubernamentales, ocupó el cuarto lugar como droga de inicio en el 5.8% de los casos y como droga de impacto el segundo lugar con 20.6%.

HEROÍNA

En el caso de esta sustancia como droga de inicio, el comportamiento para centros de tratamiento gubernamentales se ha mantenido con pequeñas variaciones en el periodo de 0.4 a 0.2% y como droga de uso actual ha mostrado un incremento permanente de 1991 al 2000, de 1.8 a 4%; tanto en la droga de inicio como en droga de uso actual la heroína ocupó el último lugar de consumo.

En los centros de tratamiento no gubernamentales como droga de inicio, en 1994 se reporta un consumo de 1.2% que se incrementa hasta el año 1997 (7.5%) para descender hasta el año 2000 a 2.9%; como droga de impacto ha presentado variaciones, para 1994 se registra 6.2% que se incrementa más de siete veces, hasta alcanzar en 1998 el 43.9% de notificación entre los pacientes, presentando un decremento en 1999 y 2000 con 26.9 y 27.3% respectivamente.

En el 2000 la heroína como droga de inicio ocupó el último lugar, tanto en centros gubernamentales como no gubernamentales, aunque la prevalencia fue mayor (2.9%) en éstos últimos. Como droga de uso actual en los primeros, se ubicó en último lugar con sólo 4% de prevalencia, mientras que en los no gubernamentales fue la droga más prevalente con 27.3%.

LÍMITES DE INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones actualmente se encuentra operando en 25 ciudades (Ciudades SISVEA) distribuidas en 18 entidades federativas en el país, la información que se analiza es exclusivamente de las ciudades integradas al sistema.

Ciudad SISVEA: El Sistema se implanta en ciudades que por sus características sociodemográficas, geográficas, afluencia turística, representan un área de riesgo para el desarrollo de las adicciones.

Centros de tratamiento gubernamentales: Se refiere a los Centros de Integración Juvenil (CIJ), que prestan atención curativo-rehabilitatoria, a personas usuarias de sustancias psicoactivas que tienen problemas de salud, así como a sus familiares. Además trabajan en el área de investigación y prevención. Estos centros iniciaron la notificación al SISVEA a partir de 1991.

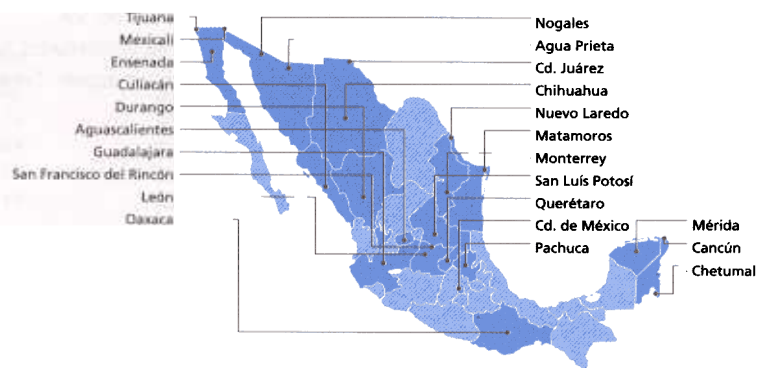
Centros de tratamiento no gubernamentales (ONG): Son centros de tratamiento o rehabilitación que atienden a individuos usuarios de sustancias psicoactivas, se trata de asociaciones civiles, que generalmente ofrecen servicios gratuitos, integradas por adictos en recuperación, cuyo propósito fundamental es apoyar al adicto con base en la experiencia compartida de los miembros del grupo, para lograr la abstinencia. Estos centros de tratamiento iniciaron la notificación al SISVEA a partir de 1994.

GRÁFICA 1

Evolución de las Ciudades SISVEA México 1990



México 2000



Fuente: SISVEA, DGE, SSA, 2000

Droga: Se define como aquella sustancia que modifica la percepción, la sensación, el estado de ánimo y la actividad tanto física como mental.

Adicción: Es la necesidad que desarrolla un organismo de una situación, un objeto, o de consumir una sustancia para experimentar sus efectos y de cuya presencia física depende para seguir funcionando.

Abuso: Es el consumo de una droga en forma excesiva, persistente o esporádica, incompatible o sin relación con la terapéutica médica habitual.

Patrón de consumo: Se refiere a las características del modo o forma con que el consultante mantiene el consumo o uso de un determinado tipo de droga(s) y el orden consecutivo de las diferentes sustancias consumidas desde su inicio.

Consumo de sustancias psicoactivas: Rubro genérico que agrupa diversos patrones de uso y abuso de estas sustancias, ya sean medicamentos o tóxicos naturales, químicos o sintéticos.

Monousuario: Consume solamente un tipo de droga.

Poliusuario: Consume dos o más tipos de droga.

Adicto o farmacodependiente: Persona con dependencia a una o más sustancias psicoactivas.

Drogas ilegales: Llamadas también no-médicas o duras, se definen como aquellas sustancias cuyo uso médico es nulo o no comprobado, pero se consumen para alterar intencionalmente el funcionamiento del SNC.

Droga de inicio: De acuerdo con la información aportada por el propio paciente, se refiere a la primera droga consumida.

Droga de impacto: Se entiende como la droga que el paciente identifica con más capacidad para producirle efectos negativos (problemas), ya sea en el área de salud, familiar, legal o laboral, que motiva principalmente la demanda de tratamiento.

Droga de uso actual: Se entiende como la droga que el paciente refiere en uso al momento de la entrevista.

Historia natural del consumo de drogas: Se refiere a información proporcionada por los centros de tratamiento, destaca que la mayoría de los pacientes que acudieron buscando atención eran poliusuarios de drogas y también que compartían ciertas características que se pueden identificar reconstruyendo la historia que han seguido en el consumo de drogas.

Este proceso se inicia estableciendo cuál fue la primera droga de elección del adicto y cuál fue la segunda, tercera, cuarta y así sucesivamente cada droga de su preferencia. Según la primera droga seleccionada es posible detectar con cuál droga continuará.

Mariguana: Alucinógeno leve, que induce un sentimiento de relajación, desinhibición emocional, distorsiones perceptuales y sensoriales, inhabilidad cognitiva y motora.

Cocaína: Potente estimulante del SNC que produce aumento del estado de alerta, sentimientos intensos de euforia, produce inhibición del apetito y de la necesidad de dormir.

Heroína: Potente opioide, semisintético, derivado de la morfina, tiene efectos eufóricos y analgésicos muy potentes y un potencial adictivo más alto que cualquier otro analgésico narcótico.

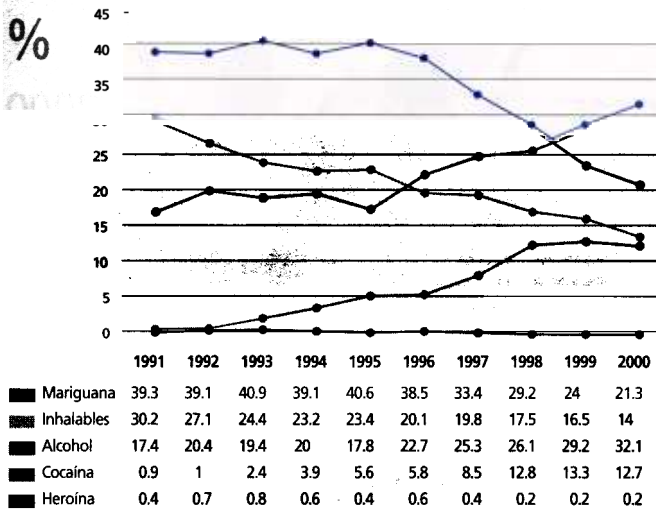
Inhalables o solventes: Hidrocarburos solventes volátiles que se obtienen del petróleo y del gas natural, que tienen efectos psicotrópicos similares a los de otras sustancias sedantes e hipnóticos, generalmente producen distorsiones sensoriales y perceptuales temporales.

Alucinógenos: Sustancias que producen alteraciones mentales, emocionales y del comportamiento, semejantes a las que caracterizan a las psicosis, con desorganización de la personalidad. Suelen provocar alucinaciones, es decir, falsas impresiones sensoriales.

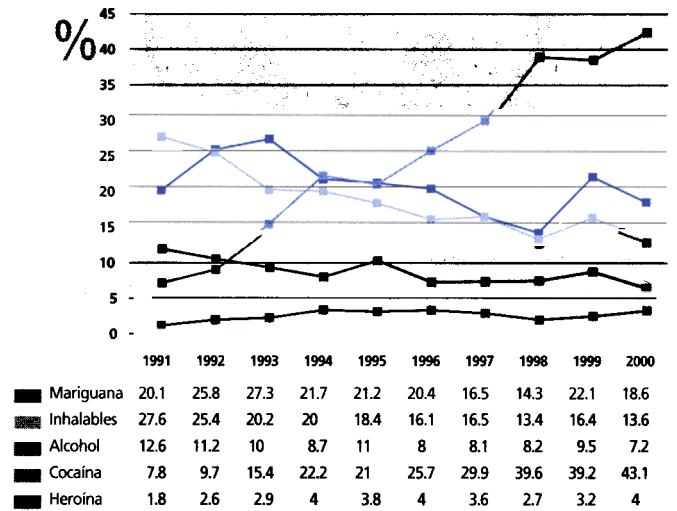
Alcohol etílico o etanol: Es un depresor primario y continuo del SNC.

Tabaco (*Nicotina Tabacum*): Es una planta que presenta propiedades narcóticas gracias a un alcaloide denominado nicotina y que se utiliza para fumar, masticar o aspirar. Tiene efectos estimulantes en el SNC.

GRÁFICA 2 Tendencias de droga de inicio en pacientes de centros de tratamiento gubernamentales. México 1991 - 2000

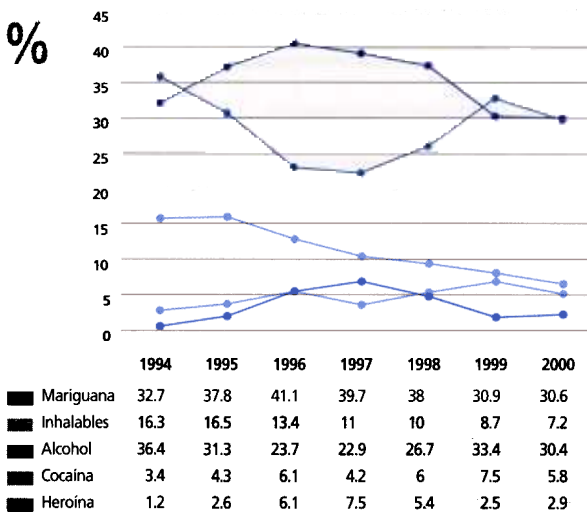


Tendencias de droga de uso actual en pacientes de centros de tratamiento gubernamentales. México 1991 - 2000

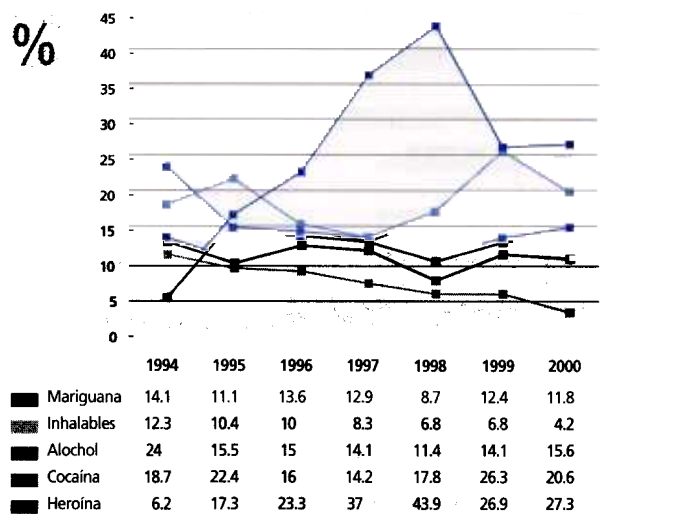


Fuente: SISVEA. Centros de Tratamiento Gubernamentales (CU). DGE. SSA. 2000

GRÁFICA 3 Tendencia de droga de inicio en pacientes de centros de tratamiento no gubernamentales. México 1994 - 2000

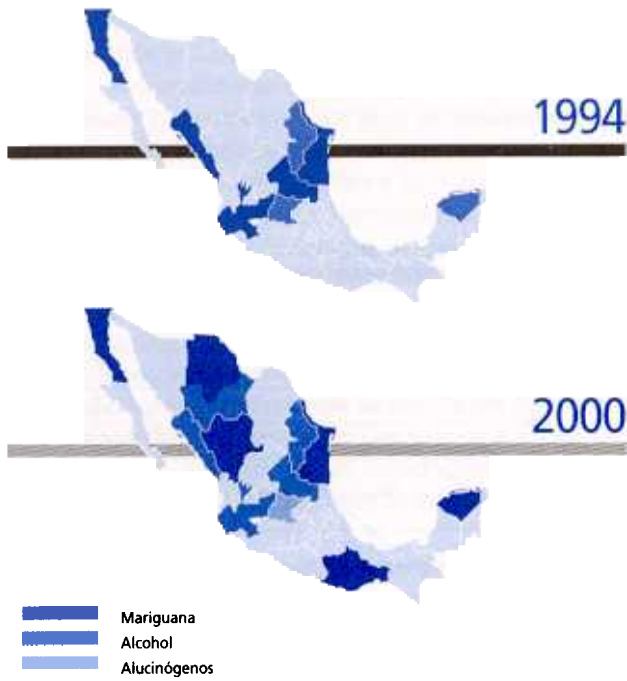


Tendencia de droga de impacto en pacientes de centros de tratamiento no gubernamentales. México 1994 - 2000

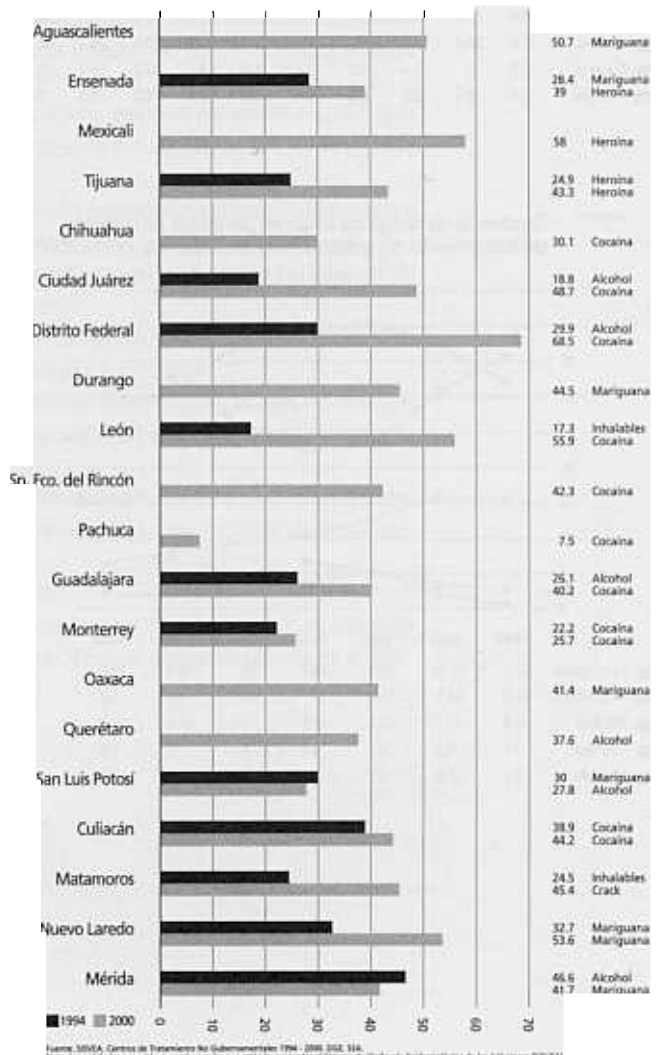
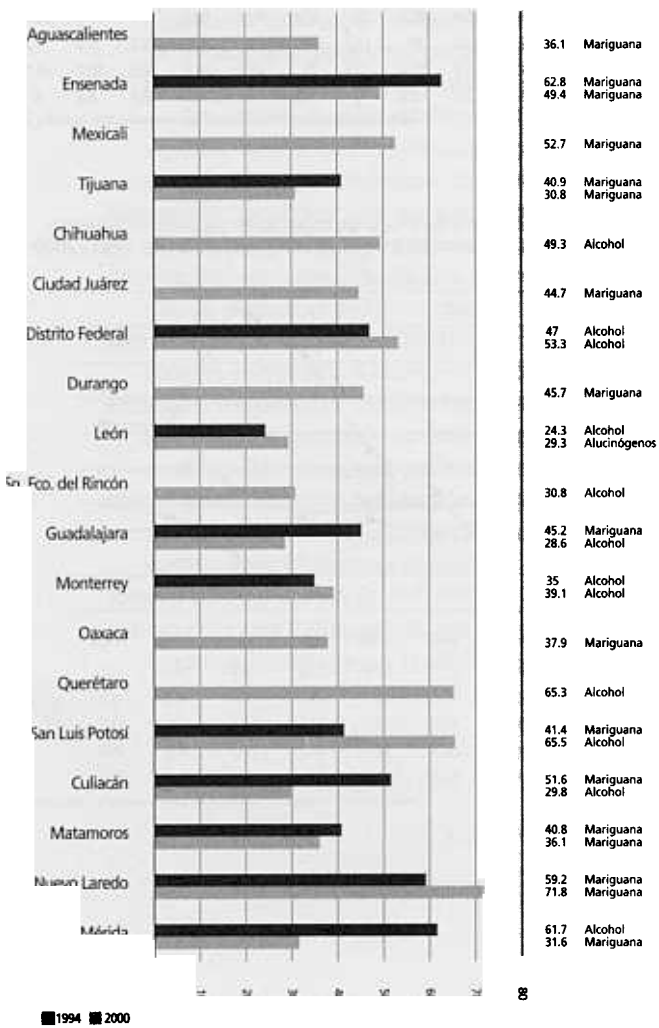
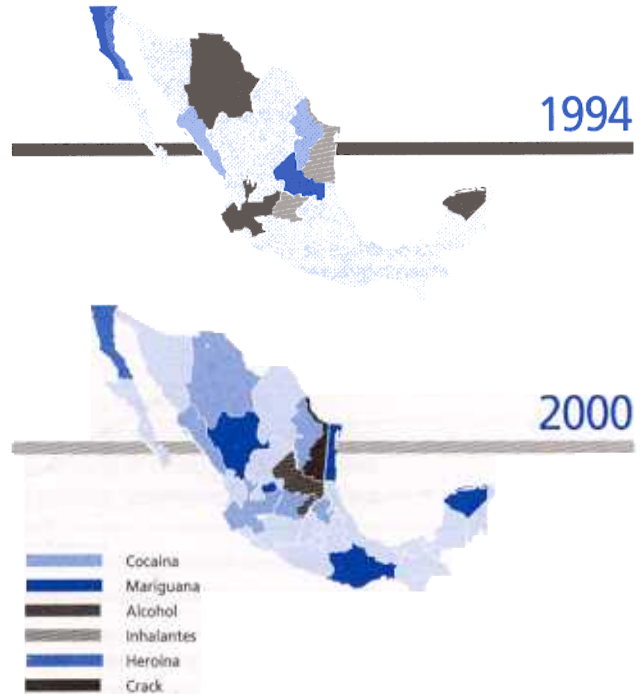


Fuente: SISVEA. Centros de Tratamiento No Gubernamentales. DGE. SSA. 2000

GRÁFICA 4 Droga de inicio más frecuente por ciudad. México

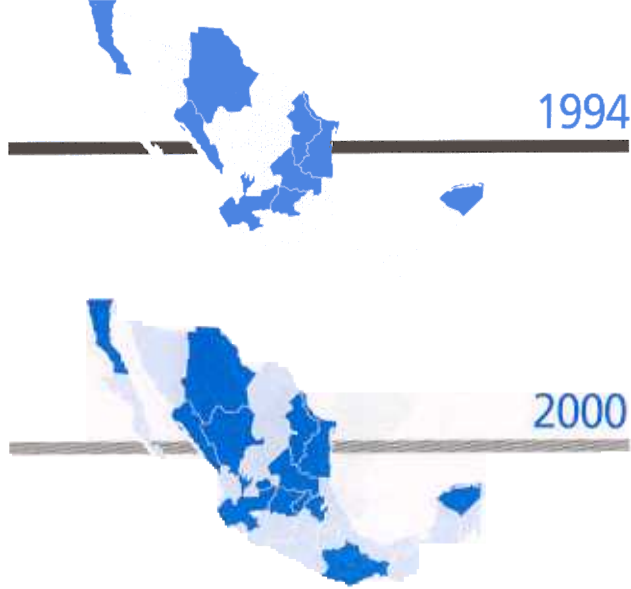


GRÁFICA 5 Droga de impacto más frecuente por ciudad. México

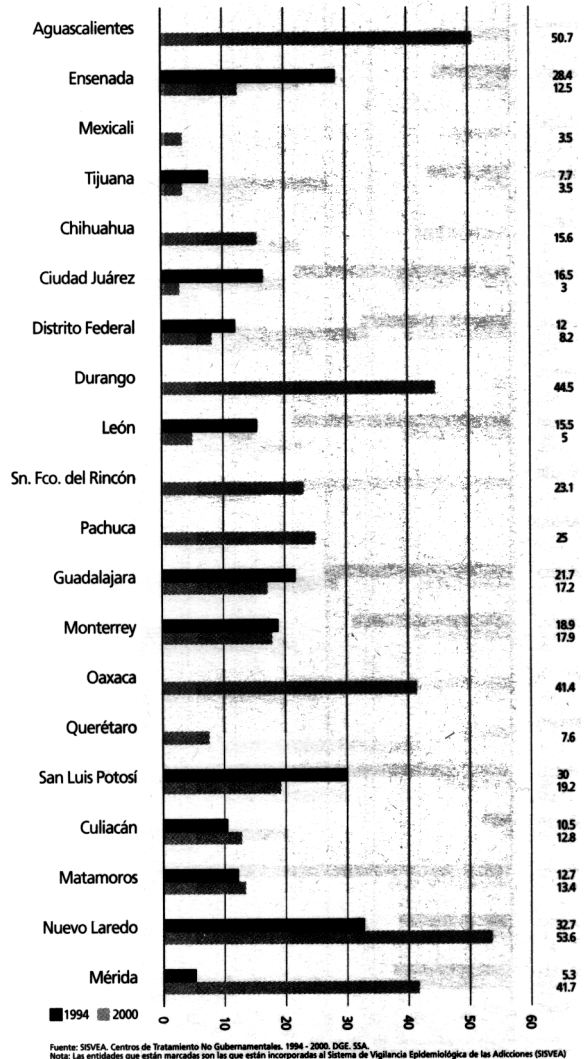
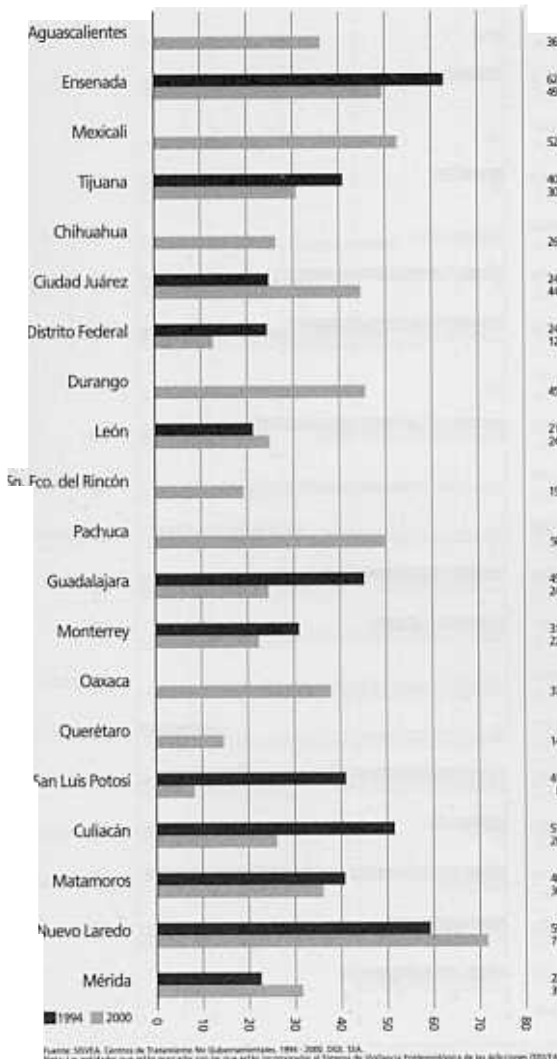
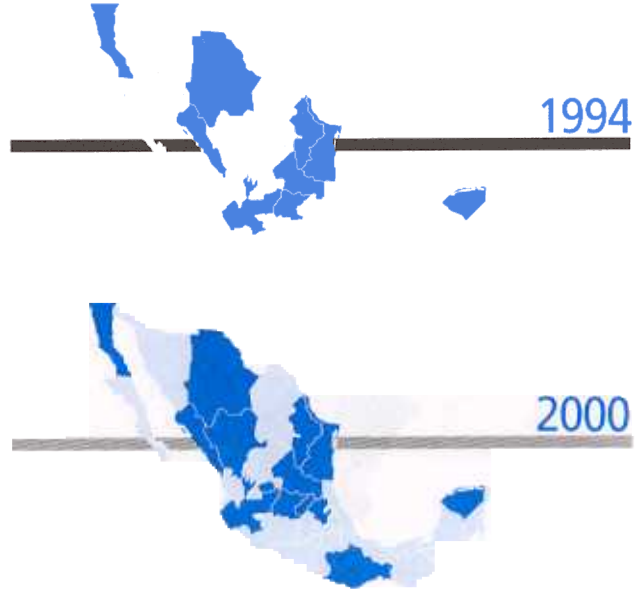


Fuente: SOVEA. Centros de Tratamiento No Gubernamentales 1994 - 2000. DGE, SSA.
 Nota: Las entidades que están marcadas con las que están incorporadas al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SOVEA)

GRÁFICA 6 Porcentaje de pacientes que han usado marihuana como droga de inicio por ciudad. México



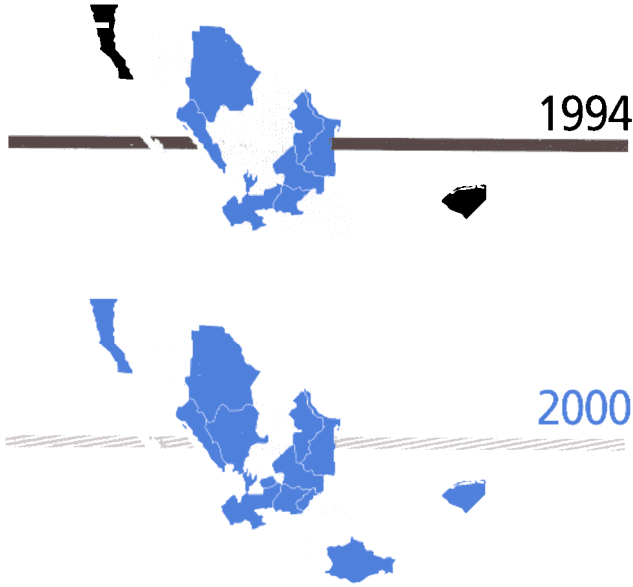
GRÁFICA 7 Porcentaje de pacientes que han referido a la marihuana como droga de impacto por ciudad. México



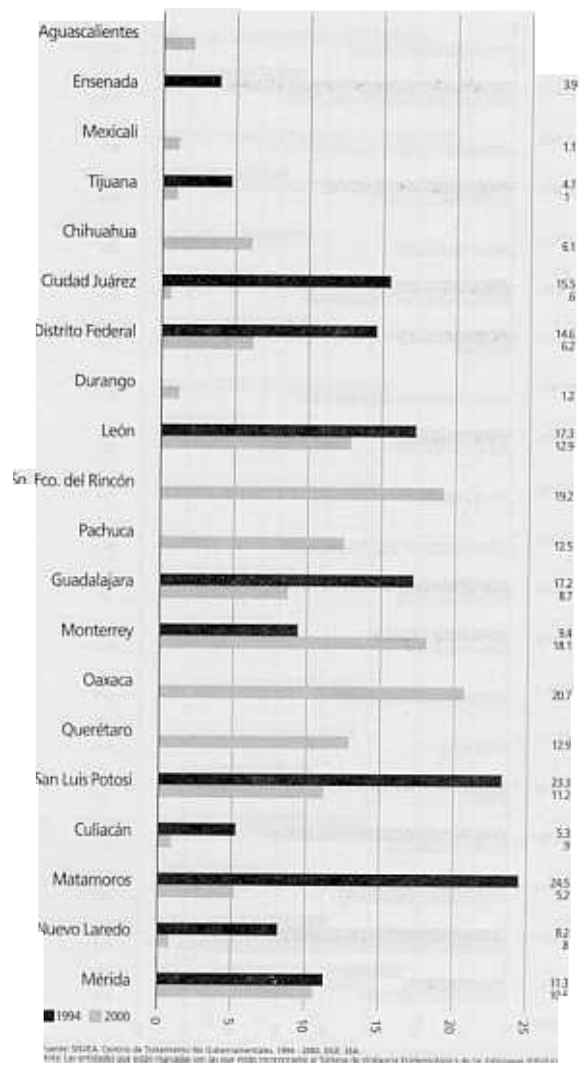
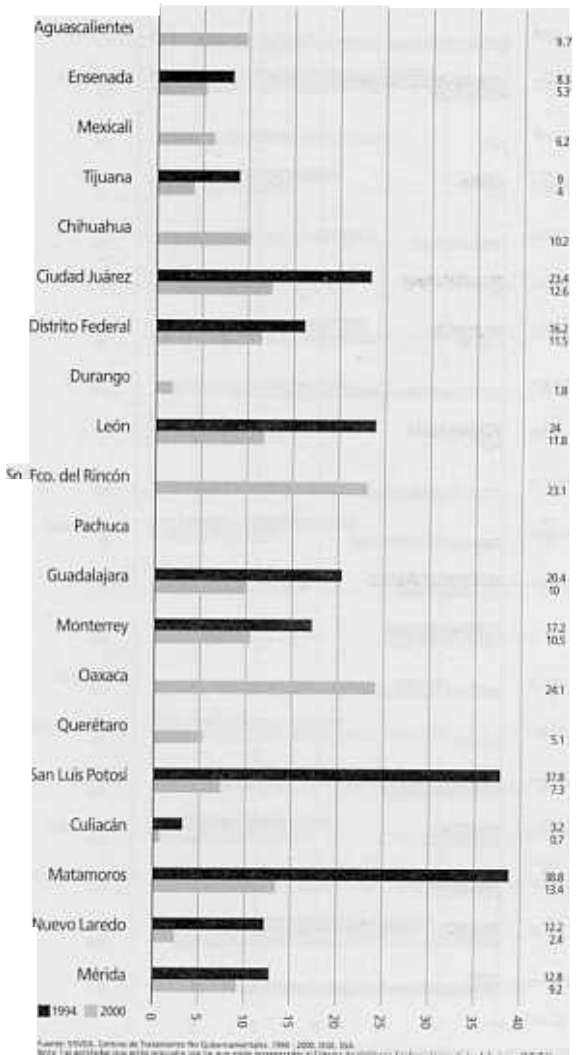
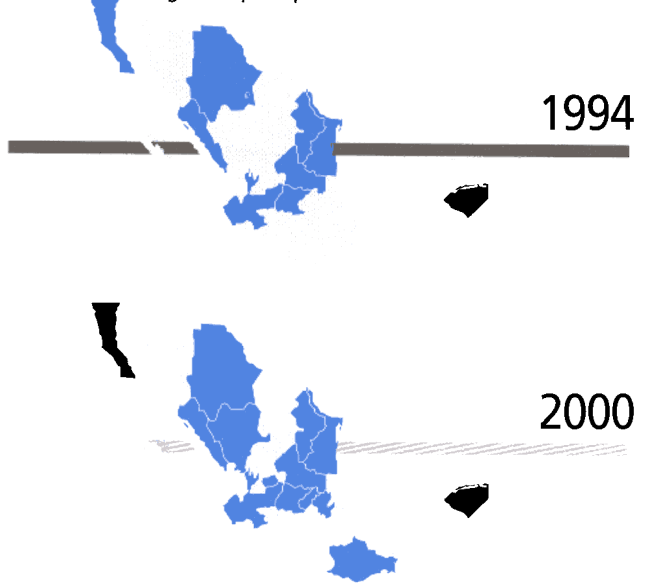
Fuente: SIVEA, Centros de Tratamiento No Gubernamentales, 1994 - 2000. DGE, SSA.

Fuente: SIVEA, Centros de Tratamiento No Gubernamentales, 1994 - 2000. DGE, SSA. Nota: Las entidades que están marcadas con las que están incorporadas al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SIVEA).

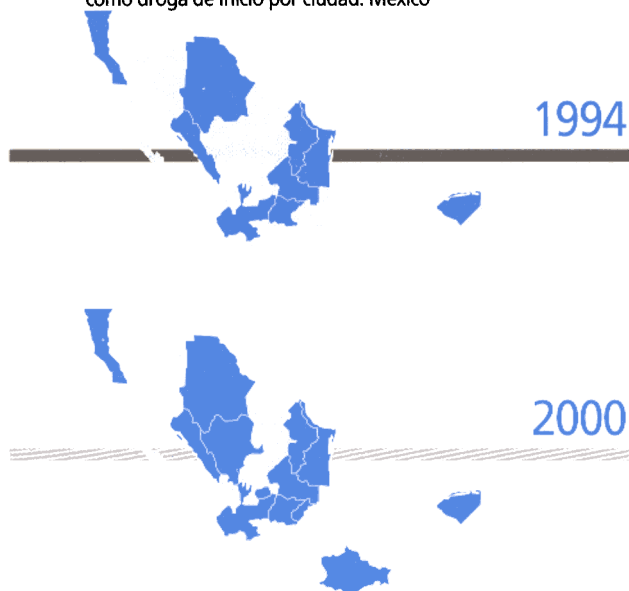
Porcentaje de pacientes que han usado inhalables como droga de inicio por ciudad. México



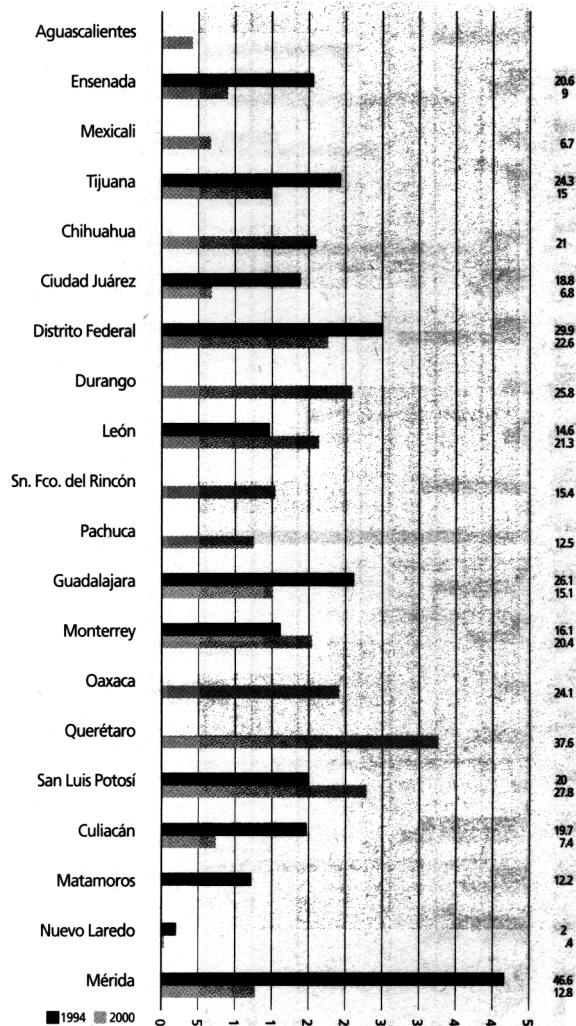
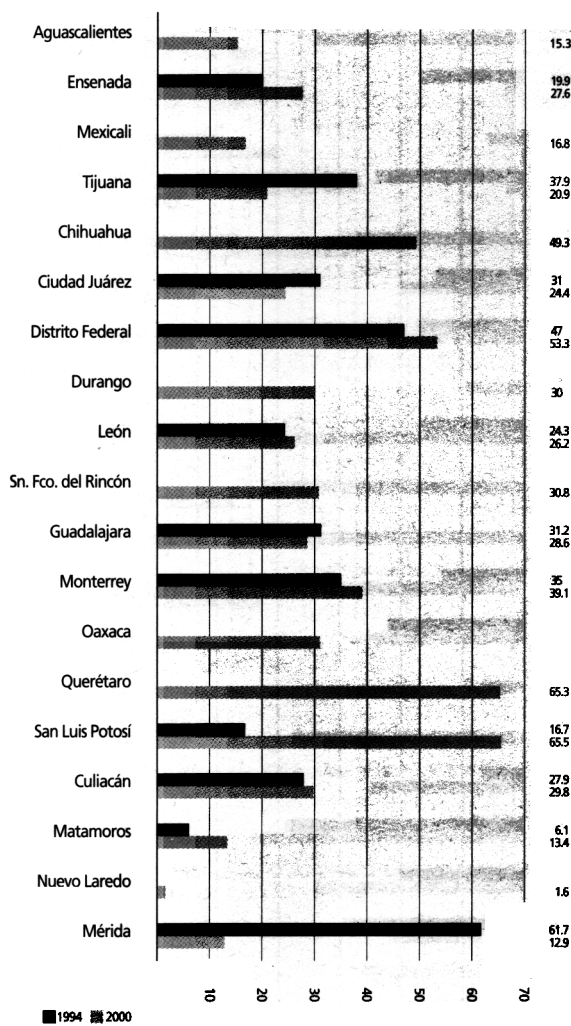
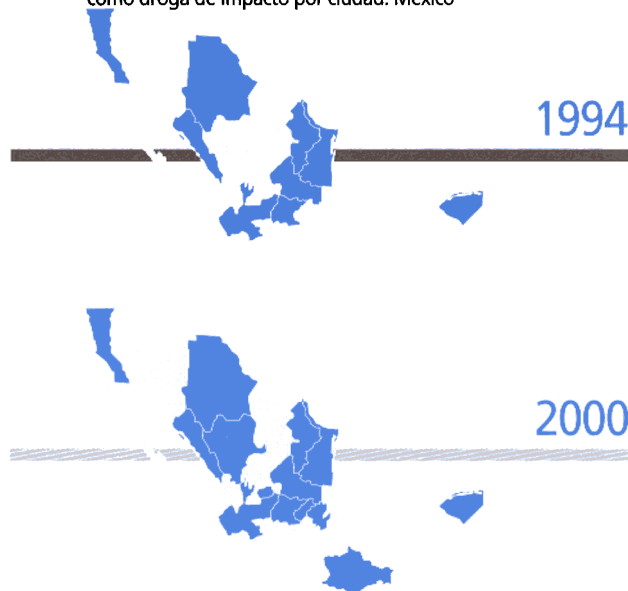
GRÁFICA 9 Porcentaje de pacientes que han referido a los inhalables como droga de impacto por ciudad. México



GRÁFICA 10 Porcentaje de pacientes que han usado alcohol como droga de inicio por ciudad. México



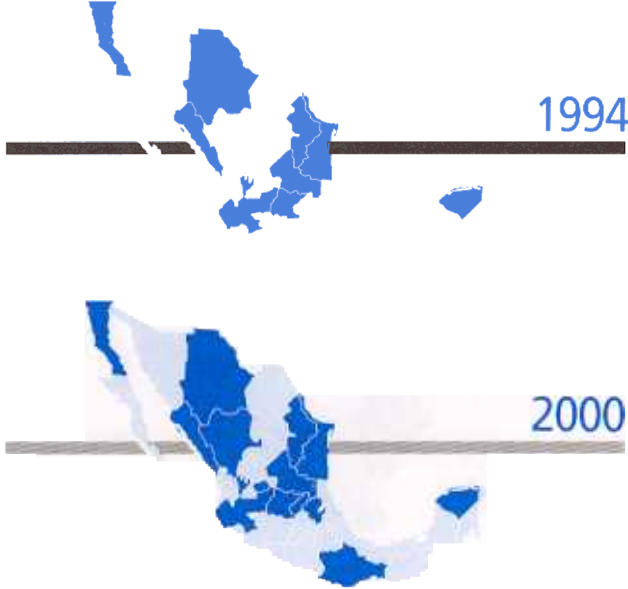
GRÁFICA 11 Porcentaje de pacientes que han referido al alcohol como droga de impacto por ciudad. México



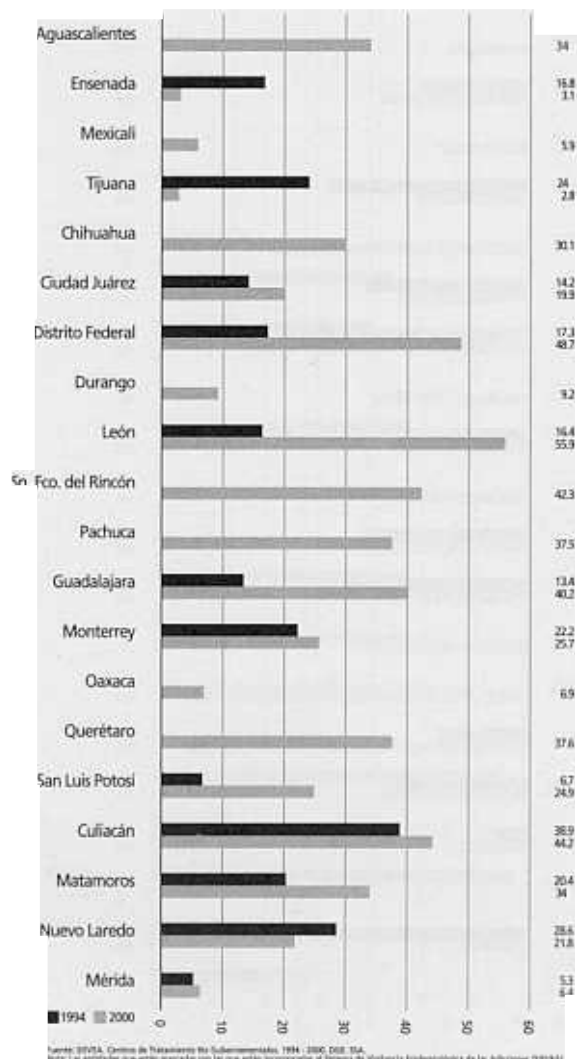
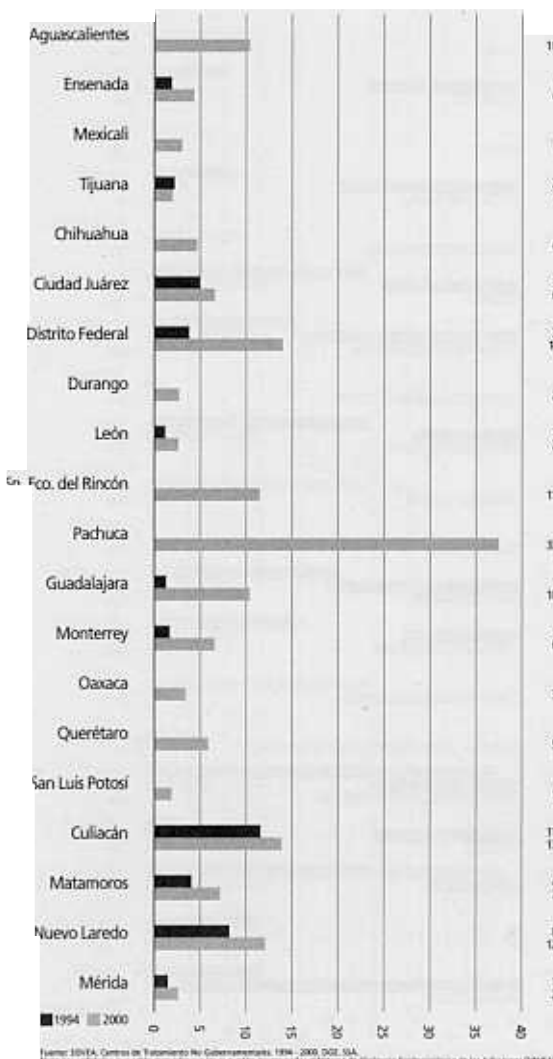
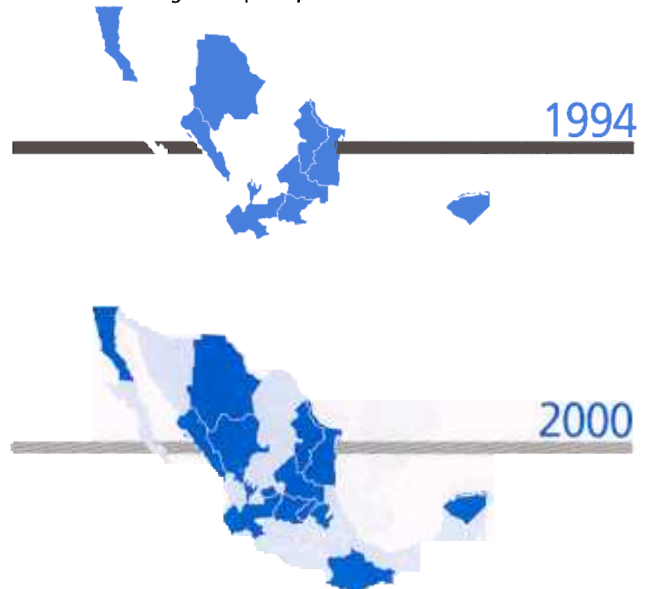
Fuente: SISVEA. Centros de Tratamiento No Gubernamentales. 1994 - 2000. DGE. SSA.
Nota: Las entidades que están marcadas con las que están incorporadas al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA)

Fuente: SISVEA. Centros de Tratamiento No Gubernamentales. 1994 - 2000. DGE. SSA.
Nota: Las entidades que están marcadas con las que están incorporadas al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA)

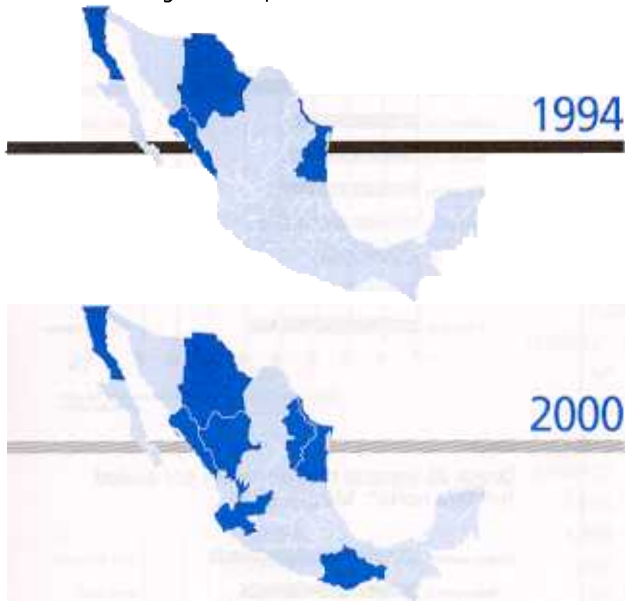
Porcentaje de pacientes que han usado cocaína como droga de inicio por ciudad. México



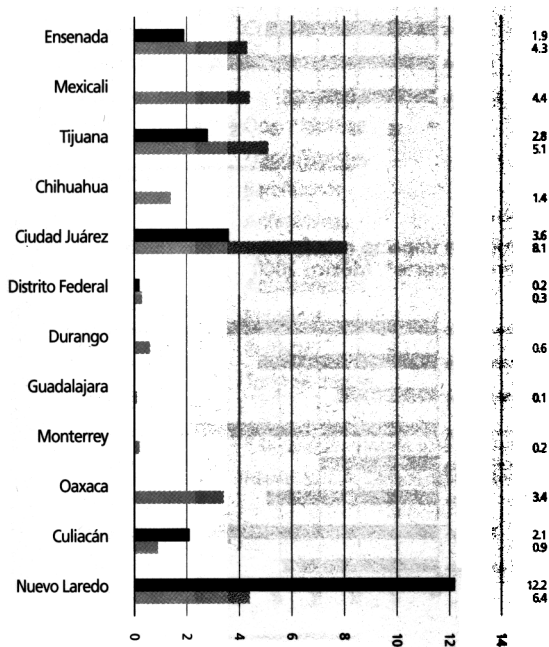
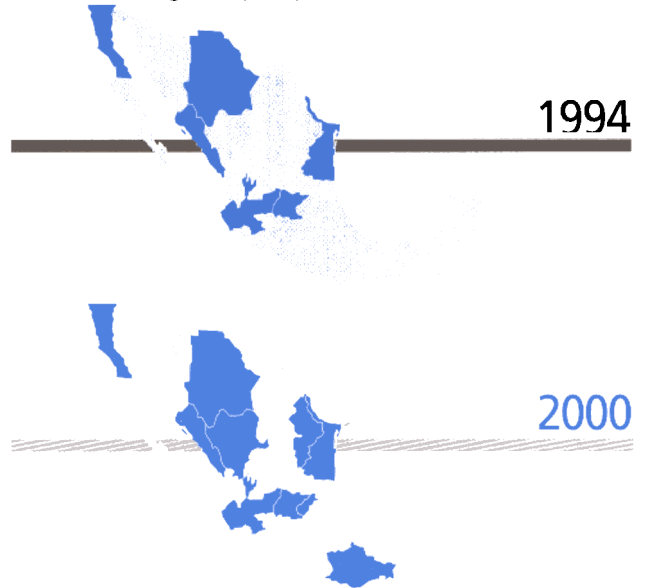
GRAFICA 13 Porcentaje de pacientes que han referido cocaína como droga de impacto por ciudad. México



GRÁFICA 14 Porcentaje de pacientes que han usado heroína como droga de inicio por ciudad. México



GRÁFICA 15 Porcentaje de pacientes que han referido heroína como droga de impacto por ciudad. México



■ 1994 ■ 2000

Fuente: SISVEA, Centros de Tratamiento No Gubernamentales, 1994 - 2000. DGE, SSA.
Nota: Las entidades que están marcadas son las que están incorporadas al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA)

■ 1994 ■ 2000

Fuente: SISVEA, Centros de Tratamiento No Gubernamentales, 1994 - 2000. DGE, SSA.
Nota: Las entidades que están marcadas son las que están incorporadas al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA)

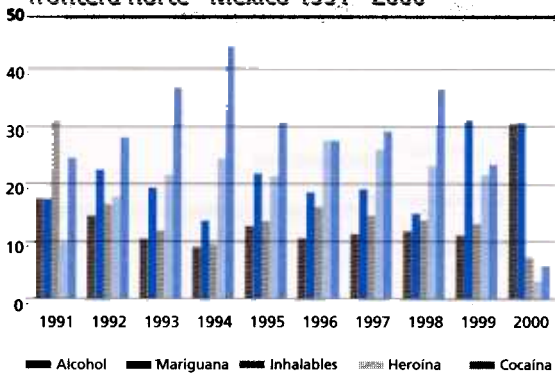
GRÁFICA 16

Ciudades SISVEA de la frontera norte



GRÁFICA 17

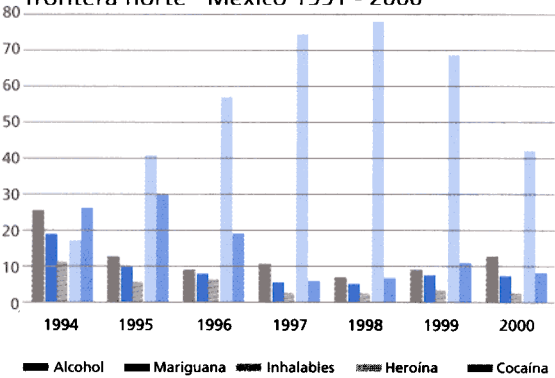
Tendencia según tipo de droga de inicio en centros de tratamiento gubernamentales frontera norte* México 1991 - 2000



Fuente: SISVEA. Centros de Tratamiento Gubernamentales (CU). DGE, SSA, 2000
* Ciudades SISVEA

GRÁFICA 18

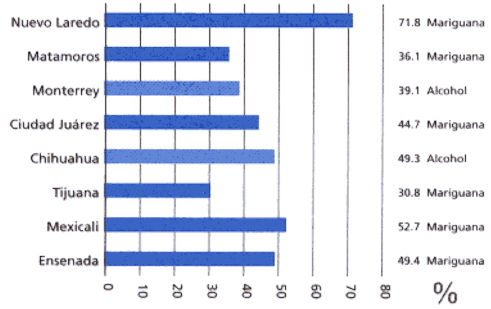
Tendencia según tipo de droga de impacto en centros de tratamiento no gubernamentales frontera norte* México 1991 - 2000



Fuente: SISVEA. Organismos No Gubernamentales. DGE, SSA, 2000
* Ciudades SISVEA

GRÁFICA 19

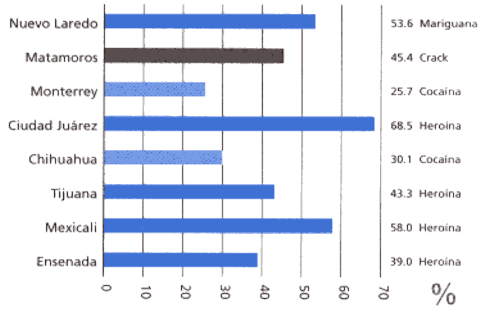
Droga de inicio más frecuente por ciudad frontera norte*. México 2000



Fuente: SISVEA. Organismos No Gubernamentales. DGE, SSA, 2000
* Ciudades SISVEA

GRÁFICA 20

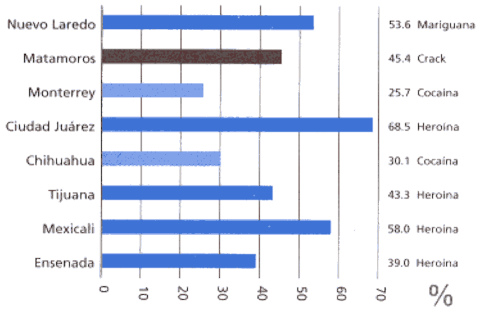
Droga de impacto más frecuente por ciudad frontera norte*. México 2000



Fuente: SISVEA. Organismos No Gubernamentales. DGE, SSA, 2000
* Ciudades SISVEA

GRÁFICA 20

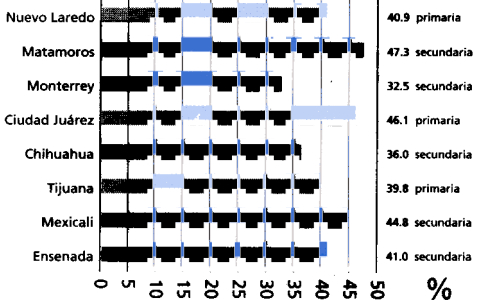
Droga de impacto más frecuente por ciudad frontera norte*. México 2000



Fuente: SISVEA. Organismos No Gubernamentales. DGE, SSA, 2000
* Ciudades SISVEA

GRÁFICA 22

Escolaridad más frecuente de inicio de consumo de drogas por ciudad, frontera norte*. México 2000



Fuente: SISVEA. Organismos No Gubernamentales. DGE, SSA, 2000
* Ciudades SISVEA

Comparación entre centros de tratamiento gubernamentales
y no gubernamentales según droga de inicio. México 2000

Droga	Gubernamentales		No gubernamentales	
	LEGALES*		LEGALES*	
	Nº	%	Nº	%
Alcohol	4,053	32.1	3,797	30.4
Tabaco	1,847	14.6	2,066	16.6
	ILEGALES		ILEGALES	
Mariguana		21.3		30.6
Inhalables		14		1.2
Cocaína		12.7		5.8
Heroína		0.2		2.9
Alucinógenos		0.2		0.8
Cristal		0.6		2.5
Basuco		0		0
Crack		0.9		0.1
Otros		0.8		0.4
Opio / Morfina		0.1		0.2
Tranquilizantes		1.1		1.3
Barbitúricos		0.2		0.2
Anfetaminas		0.3		0.2
Anticolinérgicos		0		0
Antidepresivos				0.1
Rohypnol	92	0.7		0.5
Refractil	17	0.1		0
Total de drogas	12,616	100	12,476	100

* Se consideran legales para mayores de 18 años.

Fuente: SISVEA. Centros de Tratamiento Gubernamentales y No Gubernamentales. DGE. SSA. 2000

Capítulo IV.

servicios de atención especializada

Este capítulo contiene información sobre las tendencias del problema según se desprende del registro de demanda de servicios especializados en adicciones. Contiene, en su primera parte, información de los solicitantes de tratamiento en Centros de Integración Juvenil entre 1990 y 2000. Se presentan, asimismo, las tendencias observadas en la población atendida agrupada por regiones o ciudades. La segunda parte incluye un análisis comparativo de las características sociodemográficas y del uso de drogas entre la población atendida en 2000. Por último, en la tercera sección, se presentan —con base en los mismos datos recogidos con la población asistente a tratamiento en CIJ en 2000— diferencias geográficas en la distribución del uso de sustancias. Se complementa con un informe de la demanda de atención en diferentes niveles en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Uno de los métodos más efectivos para conocer las tendencias del problema de abuso de sustancias (cambios en el número de usuarios, en las características de las personas que hacen uso de drogas, en las sustancias que se consume), es establecer sistemas de registro en las instituciones en donde se detectan estos casos.

Su limitación más importante se deriva del hecho de que obtiene información solamente de los casos detectados en la institución en donde se establece el registro, es decir, se tienen datos del número de casos nuevos detectados en la institución sin poder hacer inferencias del número total de casos nuevos en la población, ni del grupo poblacional que representan, en otras palabras se tienen numeradores¹ y denominadores² relativos.

El tipo de usuarios de drogas que se detecta depende de las características del servicio, del fenómeno y de los usuarios potenciales:

1. Desde la perspectiva del *servicio*, intervienen el grupo de población al que van dirigidos, los horarios de operación, los costos o requisitos de atención, entre otros.
2. Las características del *fenómeno*, por ejemplo el riesgo de complicaciones médicas derivadas del uso de diferentes drogas.
3. El tipo de *usuarios potenciales* también determinará el tipo de problema que se detecte, este puede variar según la edad, el nivel socioeconómico y otras características.

La información que se desprende de este tipo de servicios complementa la que se deriva de encuestas, tiene la ventaja de poder dar datos de una manera continua, si se combina con encuestas de población en la línea base, puede dar cuenta de los cambios en el problema, sin embargo, puede también proporcionar información diferente y aun aparentemente contraria a la que se desprende de los estudios de población general. Por ejemplo, se espera que exista un periodo de espera entre el momento en que el individuo empieza a consumir drogas y en el que manifiesta problemas que lo llevan a las instituciones. Así, un estudio en población estudiantil puede indicar que existe un incremento del uso de drogas como las metanfetaminas sin que se detecten casos en los servicios de salud hasta tiempo después, no obstante, también los problemas emergentes pueden llegar a estas instituciones en forma temprana.

Los estudios de población pueden también indicar que un problema está disminuyendo al ubicarse menos usuarios nuevos, sin embargo, puede incrementarse el índice de casos que solicitan ayuda a servicios de salud, por parte de usuarios que empezaron a consumir en fechas anteriores, toda vez que la cronicidad del uso aumenta el riesgo de padecer enfermedades.

1 Numerador = población con la enfermedad o característica.

2 Denominador = población de referencia.

Uso de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil

David Bruno Díaz¹, Mario Carlos Balanzario², Isaias Castillo, Alma Gutiérrez, Raúl García³

La red nacional de atención de Centros de Integración Juvenil (CIJ) se halla integrada por 75 unidades operativas situadas en ciudades y localidades de alto riesgo, ofreciendo servicios tanto de prevención como de tratamiento de las adicciones. El desarrollo de esta red, así como el diseño, planeación y ejecución de programas, se sustentan en un amplio sistema de información, así como en el desarrollo de estudios que permiten contar con información actualizada acerca del uso de drogas y grupos de alto riesgo en los niveles nacional, regional y local, de factores de riesgo, correlatos y consecuencias del consumo, además de la calidad y eficacia de las acciones emprendidas para su atención preventiva y curativa.⁴

La ampliación de la red de atención tiene como base un diagnóstico previo de indicadores macrosociales (demográficos, económicos, educacionales, geográficos, sociofamiliares y relacionados con la producción y tráfico de drogas ilícitas) a partir del cual se determina el nivel de riesgo de los 275 municipios o delegaciones urbanas del país y se establecen prioridades para la apertura de nuevas unidades de atención.

Posteriormente se lleva a cabo, desde una perspectiva de salud pública, un diagnóstico del consumo de drogas en el contexto de cada localidad, considerando el contexto sociodemográfico, una evaluación sociourbana de zonas de alto riesgo (incluyendo información sobre infraestructura urbana, servicios públicos, edificaciones, seguridad pública); forma, tendencias y correlatos psicosociales del consumo de sustancias (estos últimos, entre estudiantes de educación secundaria), y respuesta social organizada. Este diagnóstico se elabora con base en una amplia recopilación de información documental, recorridos de zona, entrevistas con informantes clave, el levantamiento de un directorio de instituciones, asimismo, encuestas con estudiantes de secundaria, permitiendo identificar zonas, grupos poblacionales además de factores de alto riesgo para el diseño y aplicación de programas y la formulación de recomendaciones y líneas de acción en el nivel local.

En apoyo del diseño y ajuste de los servicios institucionales, la Subdirección de Investigación de CIJ lleva a cabo una serie de estudios sobre factores relacionados con el consumo de drogas. En los años recientes se han estudiado tópicos como los siguientes: programas preventivos centrados en factores de riesgo, aplicación del enfoque de *resiliencia* en la prevención de las adicciones, relación entre consumo de drogas y estructura morfológica de redes sociales y diversos trastornos de ajuste psicosocial (trastornos de conducta y del estado de ánimo, baja adherencia escolar, vinculación con redes disfuncionales, entre otros); correlatos del abuso y dependencia (depresión, estrategias de afrontamiento del estrés, cohesión y adaptabilidad familiar), así como componentes de la actitud de personal educativo ante estudiantes usuarios de drogas. Mediante métodos de investigación cualitativa se ha explorado el impacto de la aplicación de programas preventivos, prácticas de cuidado parental entre padres de familia de una zona de alto riesgo y estrategias de afrontamiento del uso de sustancias en el medio escolar.

Asimismo se han estudiado condicionantes de la demanda de tratamiento y de la adherencia terapéutica, comorbilidad psiquiátrica, efectos del consumo de metanfetamina, rasgos de personalidad de usuarios preferenciales de cocaína, prevalencia de síntomas depresivos, factores asociados con el inicio del uso de drogas e indicadores del costo social del problema. En el contexto de la atención familiar del problema, se han estudiado pautas de ajuste diádico entre padres de usuarios de drogas atendidos en tratamiento, la estructura familiar de solicitantes de los servicios y desarrollos recientes para el tratamiento familiar del uso de sustancias.

Con lo anterior se ha desarrollado una amplia base empírica para la identificación de factores de riesgo o protectores, para la construcción de modelos probabilísticos multivariados y para el estudio cualitativo del problema en su contexto social.

Subdirector de Investigación de CIJ.

2. Jefe del departamento de Investigación Clínica y Epidemiológica de CIJ.

Miembros del departamento de Investigación Clínica y Epidemiológica de CIJ.

4. Los interesados pueden remitirse a la dirección de la red www.cij.gob.mx.

Por otro lado, se llevan a cabo múltiples investigaciones para la evaluación de resultados e impacto de proyectos preventivos y de tratamiento; incluyendo estudios con un diseño longitudinal, prospectivo así como comparativo. También se han realizado diversos estudios para la evaluación de la calidad, accesibilidad, oportunidad y adecuación de los servicios institucionales recopilando información documental sobre modelos y métodos para la evaluación de programas, además de la de costo-beneficio. De esta manera, se han identificado fortalezas y debilidades, generando información útil para el diseño y ejecución de programas.

El estudio del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento, materia del presente documento, forma parte del registro y seguimiento del problema entre la población solicitante de los servicios de tratamiento de CIJ. Se lleva a cabo desde la década de los setenta con base en el uso de información recabada directamente de los registros del expediente clínico (formato de *Entrevista Inicial*) abierto para todos los solicitantes de tratamiento. Las variables de estudio comprenden características sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad, ocupación) y patrón de consumo (drogas utilizadas *alguna vez en la vida* y en los 30 días previos al inicio del tratamiento, drogas de inicio, policonsumo, tipo de consumo, entre otras).

Esta información se halla incorporada al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones de la Dirección General de Epidemiología y al Sistema de Reporte de Información en Drogas del Instituto Nacional de Psiquiatría.

Aunque los datos proporcionados por los usuarios de drogas solicitantes de tratamiento no puede ser extrapolada a población general, u otros grupos poblacionales, constituye un referente útil para el conocimiento de la forma y tendencias del consumo de drogas ilícitas en nuestro país, en particular en localidades que por su situación geográfica, densidad demográfica, acelerado proceso de urbanización e industrialización, presentan condiciones de alto riesgo.

TENDENCIAS DEL CONSUMO DE DROGAS *ALGUNA VEZ EN LA VIDA* EN POBLACIÓN ATENDIDA EN CIJ ENTRE 1990 Y 2000 (NIVEL NACIONAL)

Entre 1990 y 2000, CIJ recibió a más de 110 mil solicitantes de tratamiento, pasando de 4,420 casos de nuevo ingreso en 1990, a 17,155 en 1999 y 15,311 en 2000.⁵ El registro del uso *alguna vez en la vida* de las principales sustancias reportadas indica, en primer lugar, un acusado aumento del consumo de cocaína (incluyendo *crack*), al pasar de 12.2% en 1990 a 71.4% en 2000. Por el contrario, el uso de solventes inhalables registra una caída de 61.8% en 1991 (año en que alcanzó la más alta tasa de prevalencia) a 35.2% en 2000. Durante la primera mitad del decenio el consumo de marihuana se mantuvo relativamente estable, aunque en los últimos cuatro años presenta una disminución que lo lleva a situarse, en 2000, en 63.4%. El uso de depresores con utilidad médica oscila entre los 20 y 25 puntos porcentuales, mientras que el de alucinógenos, heroína y metanfetamina observa tasas menores, si bien debe subrayarse la tendencia creciente en el consumo de esta última (el porcentaje de casos que reportaron haber usado *ice* o *crystal alguna vez en la vida* prácticamente se triplica entre 1996 y 2000), alcanzando altos niveles entre la población atendida en centros de la zona noroccidental (Tijuana: 81.7%; Mexicali: 74.3%; San Luis Río Colorado: 57.4%) y de la vertiente del Pacífico (Colima 16.6%; Culiacán: 19.3%; Guasave y Durango: cerca de 27%) (Gráfica 1).

TENDENCIAS DEL CONSUMO DE DROGAS *ALGUNA VEZ EN LA VIDA* EN PACIENTES ATENDIDOS EN CIJ AGRUPADOS POR CIUDADES O REGIONES, 1990-1999

En esta sección se presentan datos del consumo alguna vez en la vida de las principales sustancias reportadas en la población atendida entre 1990 y 1999 en los CIJ agrupados de acuerdo con la regionalización aplicada en la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998, a saber, ciudades de México, Guadalajara, Monterrey y Tijuana, y regiones Norte, Centro y Sur.

INGRESOS A TRATAMIENTO

En los CIJ situados en el área metropolitana de la Ciudad de México se registraron durante el lapso señalado 45,600 ingresos a tratamiento, en Guadalajara, 9,765; en Monterrey, 2,561; en Tijuana, 4,211 y en Ciudad Juárez, 2,422 (Gráfica 2).

En los CIJ localizados en la región Norte se recibieron 13,132 solicitantes de tratamiento; en los de la región Centro, 10,333 y en los de la Sur, 7,140 (Gráfica 3).

5. Los casos considerados para el lapso 1990-1999 comprenden información proporcionada por los propios usuarios de drogas solicitantes de tratamiento o por sus familiares adecuando los primeros no asistieron personalmente a solicitar tratamientos. En el caso del año 2000, los datos corresponden a información proporcionada únicamente por los propios usuarios de sustancias.

TENDENCIAS DEL CONSUMO *ALGUNA VEZ EN LA VIDA* DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS EN CIJ AGRUPADOS POR CIUDADES Y REGIONES

En la población atendida en los CIJ de la Ciudad de México se aprecia un agudo incremento del consumo de cocaína *alguna vez en la vida*, de 7.8 puntos anuales en promedio. Por el contrario, el uso de marihuana y de solventes inhalables presenta una disminución promedio de -1.1 y -2.8 puntos anuales, respectivamente. Entre 1994 y 1999, la prevalencia del uso de metanfetamina aumenta 0.33 puntos anuales promedio. Otras sustancias presentan tendencias relativamente estables, a pesar de que el uso de depresores con utilidad médica (DUM) registra una disminución en los últimos años (Gráfica 4).

En la población recibida en las unidades de la ciudad de Guadalajara se aprecia, igualmente, un marcado crecimiento del uso de cocaína (6.6 puntos anuales promedio). Asimismo, se aprecia una disminución del uso de marihuana, inhalables y DUM, de -2.3, -2.7 y -3.3 puntos anuales promedio, respectivamente. Por último, se puede ver una disminución del consumo de heroína y metanfetamina, con una caída de -0.24 y -0.61 puntos anuales promedio, respectivamente (Gráfica 5).

En las unidades de la ciudad de Monterrey, se reporta un incremento del consumo de cocaína, DUM, heroína y metanfetamina de 4.2, 1.1, 0.3 y 0.4 puntos anuales promedio, respectivamente (Gráfica 6).

En la población solicitante de servicios en Tijuana puede observarse un aumento moderado del consumo de marihuana y cocaína de 1.7 y 1.8 puntos anuales promedio, así como un más acusado aumento del uso de DUM y metanfetamina (3.1 y 6.1 puntos anuales). Por el contrario, se registra una disminución del consumo de solventes inhalables de -1.7 puntos anuales (Gráfica 7).

En Ciudad Juárez se observa un aumento del uso de cocaína y heroína de 5.5 y 2.0 puntos anuales promedio, mientras que el uso de marihuana e inhalables disminuye a razón de -1.0 y -3.2 puntos anuales (Gráfica 8).

En la población atendida en los CIJ de la región Norte se presenta un incremento del consumo de cocaína de 5.3 puntos anuales. Se registra, asimismo, un aumento del uso de marihuana, heroína y metanfetamina, del orden de 1.5, 1.1 y 1.8, respectivamente, y una disminución del de inhalables de -1.8 puntos.

En la región Centro, el consumo de marihuana, cocaína, DUM, heroína y metanfetamina aumenta, respectivamente, en 1.6, 5.7, 1.4, 0.1 y 0.7 puntos anuales, mientras que el uso de inhalables disminuye en -2.5 puntos anuales.

Finalmente, la población atendida en la región Sur reporta un aumento promedio del uso de cocaína de 5.4 puntos anuales, similar al registrado en la población atendida en otras regiones o ciudades. Puede igualmente observarse un ligero incremento del consumo de heroína, metanfetamina y alucinógenos de 0.28, 0.36 y 0.47 puntos anuales promedio, y una disminución del de inhalables a razón de -1.2 puntos anuales promedio.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CONSUMO DE DROGAS ENTRE SOLICITANTES DE TRATAMIENTO EN 2000

De la población atendida en 2000 (15,311 usuarios que solicitaron tratamiento, excluidos los casos en que no se registraron datos de uso de sustancias o de edad), el 30.2% contaba con menos de 18 años de edad (Grupo 1, n=4,624) y 69.8% con 18 años o más (Grupo 2, n=10,687). En promedio, la edad de ingreso a tratamiento es de 22.9 años, con una mediana de 21 años. En el Grupo 1, la media y mediana se sitúan ambas en 15 años; en el Grupo 2, en 26 y 25 años, respectivamente.

La proporción de hombres asistentes a tratamiento es considerablemente más alta que la de mujeres (87.9 contra 12.1%). No obstante, en el Grupo 1 se observó una razón de cuatro hombres por cada mujer, mientras que en el Grupo 2 la razón fue de diez a una.

Las drogas ilícitas con más altas tasas de *uso alguna vez en la vida* fueron la cocaína (69.2%, sin incluir crack), la marihuana (63.4%) y los solventes inhalables (35.2%). Les siguen, con tasas superiores al cinco por ciento, los tranquilizantes (10.5%, sin incluir Rohypnol®), el Rohypnol® (9.3%), la metanfetamina (8.2%), el crack (7.5) y la heroína (5.2%). En el Grupo 1 las tasas de prevalencia más altas correspondieron, en este orden, a la marihuana, los inhalables y la cocaína. En el Grupo 2, la cocaína presenta, con mucho, la mayor tasa de uso.

El 74.5% de los casos reportó haber utilizado drogas en los 30 días previos a la solicitud de tratamiento (Grupo 1: 73.4%, Grupo 2: 75.0%). En el Grupo 1 se reportó un mayor uso reciente de marihuana, inhalables y cocaína, mientras que en el Grupo 2 fueron referidos, en orden de mayor frecuencia, la cocaína, la marihuana y los solventes inhalables.

En promedio, la edad de inicio del consumo de drogas se situó en 15.2 años (mediana: 15 años). En el Grupo 1, media y mediana se ubican en 13 y 14 años, respectivamente; en el Grupo 2, en 16 y 15 años de edad, respectivamente.

El consumo de dos o más sustancias (alcohol, tabaco y/o drogas ilegales) *alguna vez en la vida* se presenta en el 84.7% de los casos, siendo más alto en el Grupo 2 (88.9 contra 74.8%). En el caso de quienes reportaron

el uso de drogas ilegales (n=15,025), 65.5% refirió haber utilizado dos o más sustancias de esta clase *alguna vez en la vida* (Grupo 1: 55.3%, Grupo 2: 69.8%).

Según la información disponible en cuanto a *droga de mayor impacto* (n=10,925), las sustancias a cuyo uso se les atribuyó un mayor daño o mayores alteraciones en las áreas familiar, legal o laboral, fueron la cocaína (41.2%), la marihuana (22.3%) y los inhalables (13.2%). En el Grupo 1 se reportaron, en orden de frecuencia, los solventes inhalables, la marihuana y la cocaína, en el Grupo 2, la cocaína, la marihuana y el alcohol.

DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS ENTRE SOLICITANTES DE TRATAMIENTO EN CIJ EN 2000

De acuerdo con la información proporcionada por pacientes, pueden observarse diferencias en la distribución, por sustancia, del uso de drogas en el país. En primer lugar, se aprecia que un amplio grupo de unidades, distribuidas prácticamente en toda la República, registran tasas de uso de marihuana *alguna vez en la vida* superiores a la media nacional de 63.4%. El uso de cocaína resulta, en cambio, más alto en unidades de la vertiente del Pacífico y Centro y Norte del país, donde supera la media nacional de 69.2%, alcanzando porcentajes superiores al 80% en CIJ como Benito Juárez, Iztapalapa Centro, Acapulco, Ciudad Juárez, Guadalajara Centro y Sur, Guasave, Los Mochis y Zapopan.

Por el contrario, si bien el consumo de solventes inhalables tiende a disminuir en todos los CIJ de la República, es superior a la media nacional (35.2%) entre la población atendida en unidades del centro y centro-norte, registrando tasas superiores al 50% en la población atendida en tratamiento en las unidades situadas en Chalco, Naucalpan, Monterrey, Pachuca, Querétaro, Saltillo, San Luis Potosí, Tehuacán y Toluca.

El uso reportado de metanfetamina *alguna vez en la vida* se sitúa por arriba de la media nacional (8.2%) en CIJ localizados al occidente del país, principalmente en estados de la costa Pacífico, si bien también la población atendida en el CIJ de la delegación Benito Juárez registra este año un porcentaje superior a la media. Entre los primeros, destaca el caso de los pacientes solicitantes de tratamiento en Tijuana, Mexicali y San Luis Río Colorado, en la frontera noroccidental, donde el consumo de metanfetamina *alguna vez en la vida* alcanza una prevalencia de 81.7, 74.3 y 57.4%, respectivamente.

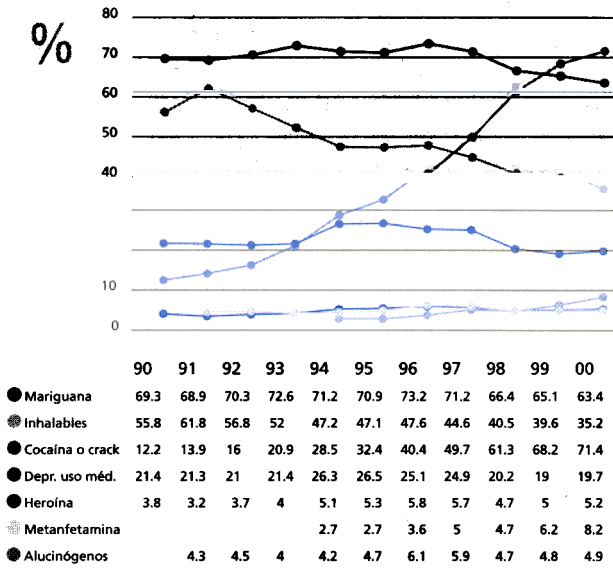
El consumo de heroína rebasa la media nacional de 5.2% en la población en tratamiento principalmente en unidades del norte de la República, si bien también es el caso de CIJ situados en localidades con alta migración como Zacatecas, Zac., y Zamora, Mich., así como Cuernavaca, Mor. Las tasas de uso más altas corresponden a pacientes atendidos en unidades de la región noroccidental (Chihuahua: 23.6%; Ciudad Juárez: 26.0%; Mexicali: 32.9%; San Luis Río Colorado: 46.8%, y Tijuana: 28.3%).

Los alucinógenos presentan tasas más altas de prevalencia (superiores al 4.9% registrado en el nivel nacional) principalmente entre la población asistente a tratamiento en CIJ del centro de la República; sin embargo, destacan los casos del CIJ Benito Juárez, en la Ciudad de México, donde se observa una prevalencia de 18.7%, Cancún, con una tasa de 14.3% y Monterrey (Unidad de Tratamiento Residencial Nororiental), con una prevalencia de 13.3%.

Finalmente, las unidades donde la población en tratamiento reportó el uso de *crack* por arriba de la media nacional (7.5%) se concentran principalmente en la zona metropolitana de la Ciudad de México. Sobresalen, en particular, los CIJ Benito Juárez, Cuauhtémoc Oriente, Iztapalapa Sur y la Unidad de Tratamiento en Consulta Externa del Poniente (delegación Cuauhtémoc), donde se registran tasas superiores al 20%, y el CIJ Venustiano Carranza con una prevalencia de 31.2%).

GRÁFICA 1

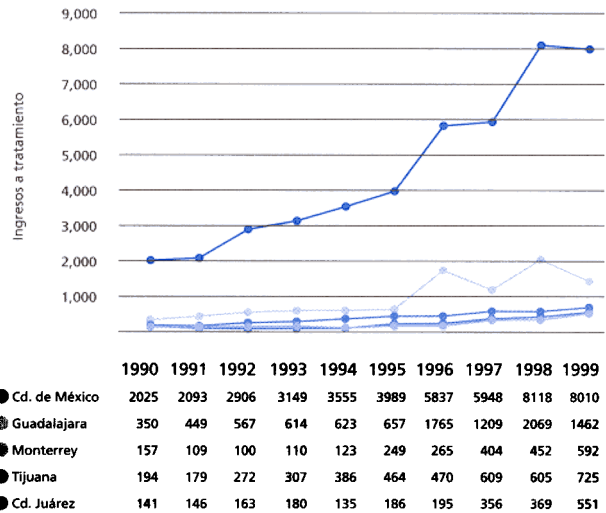
Prevalencia del uso de las principales drogas reportadas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en CIJ. 1990 / 2000



Fuente: Estudios epidemiológicos de consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil, 1990-2000. Subdirección de Investigación, Departamento de Investigación Clínica y Epidemiológica.

GRÁFICA 2

Ingresos a tratamiento en CIJ de las ciudades de México, Guadalajara, Monterrey, Tijuana y Ciudad Juárez (1990 / 1999)

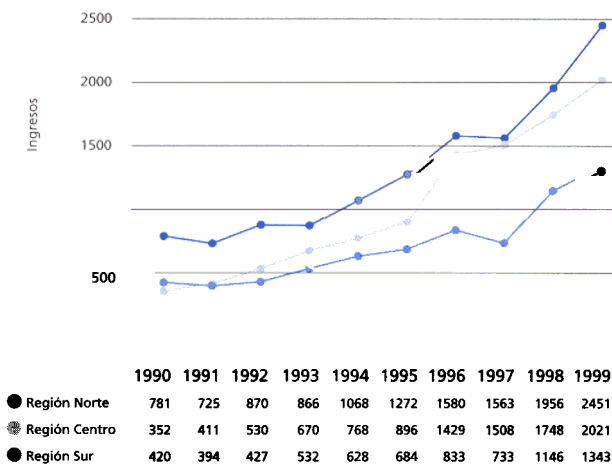


Fuente: Tendencias de consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil, 1990-1999. Subdirección de Investigación, Departamento de Investigación Clínica y Epidemiológica.

GRÁFICA 3

Ingresos a tratamiento en CIJ agrupados por regiones (1990 / 1999)

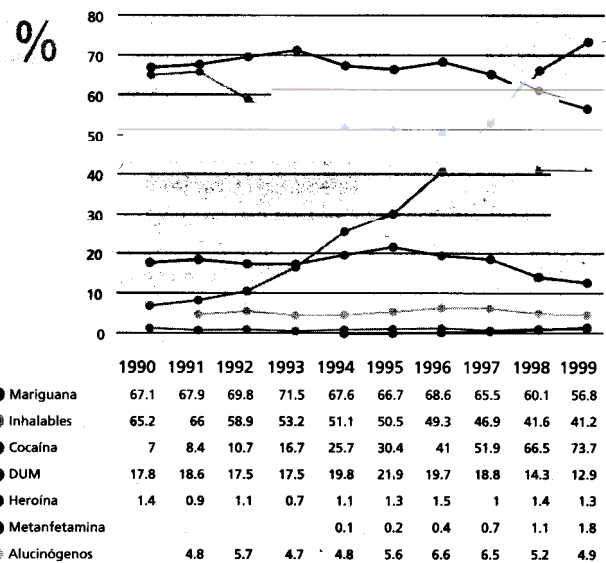
No incluye las ciudades de México, Guadalajara, Monterrey, Tijuana y Cd. Juárez.



Tendencias de consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil, 1990-1999. Subdirección de Investigación, Departamento de Investigación Clínica y Epidemiológica.

GRÁFICA 4

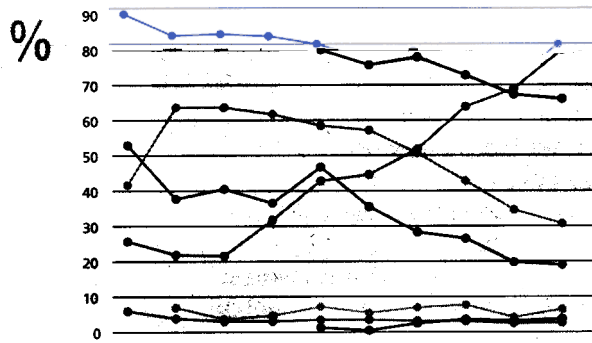
Tendencias de consumo de drogas alguna vez en la vida en pacientes de primer ingreso a tratamiento en CIJ de la Ciudad de México (1990 / 1999)



Fuente: Tendencias de consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil, 1990-1999. Subdirección de Investigación, Departamento de Investigación Clínica y Epidemiológica.

GRÁFICA 5

Tendencias de consumo de drogas *alguna vez en la vida* en pacientes de primer ingreso a tratamiento en CIJ de la ciudad de Guadalajara (1990 / 1999)

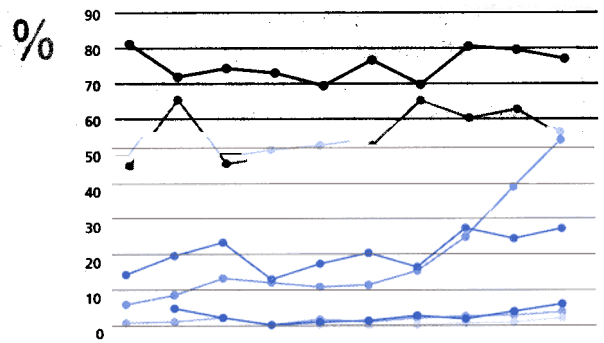


	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
● Marihuana	88	82	82.4	81.8	79.6	75.3	77.5	72.4	66.9	65.7
● Inhalables	41.4	63.3	63.3	61.4	58.1	56.8	50.3	42.5	34.3	30.4
● Cocaina	25.4	21.6	21.3	31.4	42.5	44.3	51.4	63.5	68.5	79.6
● DUM	52.6	37.4	40.2	36.2	46.4	35.2	28	26.2	19.5	18.7
● Heroína	5.7	3.6	2.8	2.8	3.2	3.2	2.9	2.8	2.2	2.4
● Metanfetamina					1	0.2	2.2	3.3	2.9	3.4
● Alucinógenos		6.7	3.4	4.4	6.9	5.2	6.7	7.4	3.9	6.2

Fuente: Tendencias de consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil, 1990-1999. Subdirección de Investigación, Departamento de Investigación Clínica y Epidemiológica.

GRÁFICA 6

Tendencias de consumo de drogas *alguna vez en la vida* en pacientes de primer ingreso a tratamiento en CIJ de la ciudad de Monterrey (1990 / 1999)

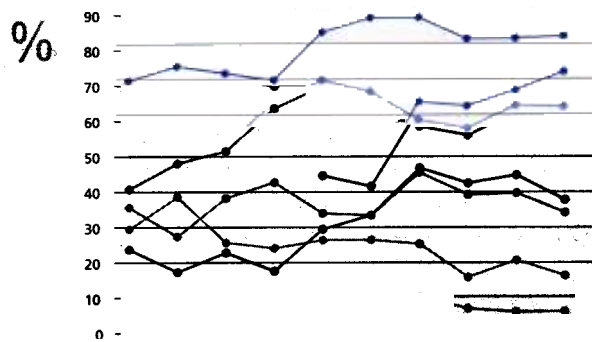


	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
● Marihuana	80.9	71.6	74	72.7	69.1	76.3	69.4	80.2	79.2	76.7
● Inhalables	46.5	65.1	47	49.1	50.4	52.2	64.9	59.9	62.4	54.1
● Cocaina	5.7	8.3	13	11.8	10.6	11.2	15.1	24.5	38.9	51.9
● DUM	14	19.3	23	12.7	17.1	20.1	16.2	27	24.1	26.9
● Heroína	0.6	0.9	2	0	1.6	0.8	1.9	2.5	2.7	3.7
● Metanfetamina					0	0	0	0.5	0.7	2
● Alucinógenos		4.6	2	0	0.8	1.2	2.6	1.7	3.8	5.9

Fuente: Tendencias de consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil, 1990-1999. Subdirección de Investigación, Departamento de Investigación Clínica y Epidemiológica.

GRÁFICA 7

Tendencias de consumo de drogas *alguna vez en la vida* en pacientes de primer ingreso a tratamiento en CIJ de la ciudad de Tijuana (1990 / 1999)

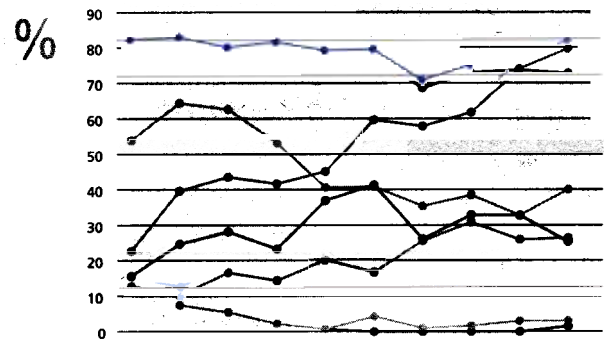


	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
● Marihuana	69.6	73.7	71.7	69.7	83.2	87.3	87.4	81.3	81.5	82.1
● Inhalables	29.4	38.5	25.7	24.1	26.4	26.5	25.3	15.9	20.7	16.4
● Cocaina	40.7	48	51.5	63.5	69.7	66.4	58.5	56	62.6	62.2
● DUM	23.7	17.3	22.8	17.6	29.5	33.4	46.8	42.5	44.8	37.8
● Heroína	35.6	27.4	38.2	42.7	33.9	33.4	45.5	39.2	39.7	34.2
● Metanfetamina					44.6	41.6	63.6	62.4	66.9	72
● Alucinógenos		3.4	7.4	6.8	6	6.3	10.2	6.9	6	6.1

Fuente: Tendencias de consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil, 1990-1999. Subdirección de Investigación, Departamento de Investigación Clínica y Epidemiológica.

GRÁFICA 8

Tendencias de consumo de drogas *alguna vez en la vida* en pacientes de primer ingreso a tratamiento en CIJ de Ciudad Juárez (1990 / 1999)



	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
● Marihuana	80.1	80.8	77.9	79.4	77	77.4	68.7	73	73.7	72.8
● Inhalables	53.9	64.4	62.6	53.3	40.7	40.9	35.4	38.5	32.8	40.1
● Cocaina	22.7	39.7	43.6	41.7	45.2	59.7	57.9	61.8	74	79.7
● DUM	15.6	24.7	28.2	23.3	37	41.4	26.2	32.9	32.8	25.4
● Heroína	12.8	10.3	16.6	14.4	20	16.7	25.6	30.9	26	26.5
● Metanfetamina					0.7	0	0	0	0	1.5
● Alucinógenos		2.1	5.5	2.2	0.7	4.2	1	1.7	2	2.1

Fuente: Tendencias de consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil, 1990-1999. Subdirección de Investigación, Departamento de Investigación Clínica y Epidemiológica.

Atención de los trastornos relacionados con la farmacodependencia y adicciones

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL¹

Alejandro Córdova Castañeda²; Onofre Muñoz Hernández³, Alejandro Guarneros Chumacero⁴; Enrique Camarena Robles⁵

PRESENTACIÓN

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el más grande del país en materia de mantenimiento y protección del bienestar público, sostiene sobre sus hombros un gigantesco peso moral.

Soportando una cobertura potencial de aproximadamente 48 millones de derechohabientes, de los cuales están registrados y dados de alta como población usuaria aproximadamente 36.

Cuenta para ello con una enorme plataforma administrativa y una amplísima red de unidades médicas, centros de seguridad para el bienestar familiar, centros recreativos de diversa índole y una gran cantidad de recursos humanos, destinado todo esto a la atención integral de los mexicanos.

Siendo su espíritu fundamental la seguridad social, tiene la obligación de favorecer la capacidad económica de la población, promover el desarrollo familiar e individual, fortalecer las actividades de capacitación para el trabajo así como, medularmente, la atención global del proceso médico, lo que implica las acciones de prevención y salud comunitaria, atención y rehabilitación de enfermos.

Estas actividades están destinadas, entre otras cosas, a la atención de los trastornos relacionados con la farmacodependencia y las adicciones.

A pesar de lo mencionado, el registro, sistematización y explotación de la información relacionada con dicho problema es aún precario, estando disponibles bases de datos anuales, desde 1992 hasta el 2000.

Esta información es captada de manera regular en las hojas de registro de productividad de todo el personal relacionado con la atención a los derechohabientes, para ser inicialmente concentrada en el ámbito local en cada delegación estatal y, posteriormente, en los anuarios nacionales del nivel central del IMSS.

En esta ocasión, con la finalidad de mejorar en la calidad de la atención en los servicios del Instituto, promover la utilización racional y razonada de los recursos y fortalecer el marco normativo para las acciones en el área de salud mental, nuestra institución ha promovido la creación de una coordinación de programas, con la creación del Programa Institucional de Salud Mental y Psiquiatría, dentro del cual se inscribe, como un proyecto desagregado, el de atención a la farmacodependencia y adicciones, con el modelo de clínicas de atención integral.

Este proyecto se fortalece de manera bidireccional con el Programa Nacional contra la Farmacodependencia, coordinado por el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), que está conformado por un grupo interinstitucional e intersectorial que articula las acciones de forma vinculada, constituyéndose en un medio real de ataque al problema de uso, abuso y dependencia de las drogas en México.

INFORMACIÓN

A continuación se presenta una serie de datos, extraídos del concentrado nacional del año 2000 en tres grandes rubros, uno de consulta externa en unidades de medicina familiar, otro en módulos y servicios de psiquiatría y el tercero en servicios de urgencias.

UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR

En estas unidades la atención es de consulta externa, en donde médicos especialistas en medicina familiar dan el servicio, atendiendo generalmente personas con trastornos por consumo de sustancias, en sus complicaciones, como consecuencia de una referencia de algún otro servicio primordialmente de salud comunitaria o fomento a la salud, así como, en otros casos, para el seguimiento indicado por especialistas en salud mental, dándose servicios de apoyo, diagnóstico farmacológico, en caso necesario, y apoyo a la familia.

Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Atención Médica, Coordinación del Programa Institucional de Salud Mental y Psiquiatría.

2 Coordinador Médico de Programas de la Coordinación del Programa Institucional de Salud Mental y Psiquiatría del IMSS.

3 Director de Prestaciones Médicas del IMSS.

4 Coordinador de Atención Médica del IMSS.

5 Coordinador del Programa Institucional de Salud Mental y Psiquiatría del IMSS.

En la gráfica se observa, en términos generales, que los registros son bajos, ya que el total de consultas otorgadas por problemas relacionados con el consumo de sustancias tóxicas ocupa apenas el 0.03% del total reportado para el sistema integral, lo que está muy por debajo de los promedios nacionales, sin embargo, nos dan información útil.

Queda claro que los problemas más mencionados son los relacionados con el consumo de alcohol y de otras drogas psicoactivas, diagnósticos establecidos en la Clasificación Internacional de las Enfermedades, apartado sobre Trastornos Mentales y del Comportamiento, en su versión 10, seguidos de lejos por el consumo de cocaína, solventes y opiáceos, con cifras sumamente bajas de las demás drogas, incluyendo el tabaco.

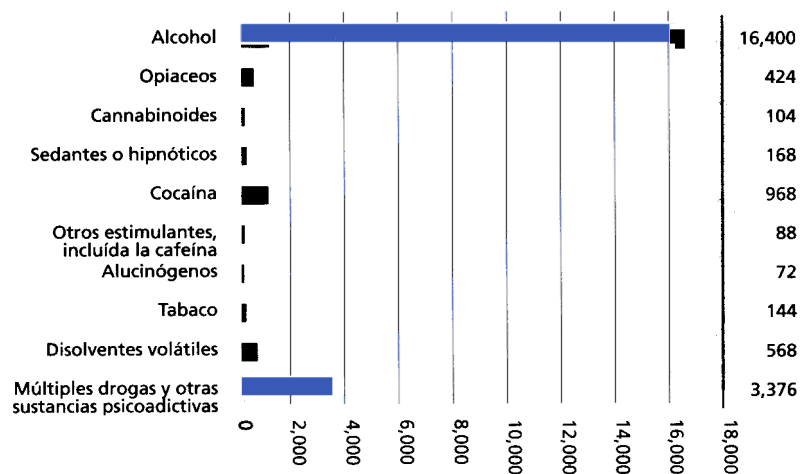
Para todas las drogas, las consultas otorgadas son más en subsecuentes que en las de primera vez, exceptuando los solventes, lo que se explicaría porque los adictos a éstos suelen tener un proceso de deterioro mayor y más acelerado, impidiendo que mantengan un seguimiento regular de sus consultas y tratamiento.

Ahora, viendo la relación de derechohabientes masculinos y femeninos que reciben atención por trastornos asociados al consumo de drogas, nos encontramos con una diferencia sustancial, predominando de manera importante el sexo masculino, lo que refleja varias posibilidades que deberán ser estudiadas más a fondo, una de ellas es la falta de aceptación, por parte de las mujeres, respecto a sus problemas de farmacodependencia y adicción; otra es no buscar ayuda para ello y, una tercera en nuestra institución, es la presión ejercida por el medio, que suele ser mayor para el varón adicto, ya que en nuestra sociedad aún se conservan marcadamente los roles tradicionales, por lo que el hombre suele exponerse más a los factores de riesgo, verse obligado a buscar atención por los problemas, además de las consecuencias sociales y laborales que le genera su adicción, por lo que debe de someterse, en forma regular, a tratamiento, aunque no siempre se encuentren convencidos de la necesidad de esto, ni de la magnitud de su problema.

Finalmente, si se analiza de manera general la prevalencia e incidencia de farmacodependencia y consumo de drogas, nos encontramos con perfiles muy similares a los descritos nacional e internacionalmente, hasta los 14 años de edad la curva para todas las drogas es relativamente baja, aunque debemos mencionar que el consumo está apareciendo desde los 7 u 8 años de edad; de los 15 años y hasta los 24 hay un incremento brusco del problema, pero a partir de los 25 y hasta los 44 años de edad se presenta un aumento que refleja que el problema más grave es en los años más productivos para una persona en todos los sentidos; declinando, también de manera relativamente brusca, pero persistiendo un nivel alarmante aún hacia los años de vejez.

GRÁFICA 1

Consultas otorgadas por tipo de droga



CONSULTA ESPECIALIZADA

En comparación con las áreas de Medicina Familiar, en los datos captados en los servicios especializados en salud mental, se encuentran diferencias mínimas en cuanto al consumo de sustancias, ya que nuevamente el alcohol es el problema más grave, seguido del diagnóstico de otras drogas psicoactivas, estando en tercero y cuarto lugar, la cocaína y los opiáceos, haciendo una aparición más notoria los solventes y, en especial, los hipnóticos y sedantes.

En la consulta externa especializada, al igual que en los consultorios de primer nivel de atención, se vuelve a reflejar el predominio importante en las consultas de seguimiento y subsecuentes, sobre las de primera vez, al igual que se hace evidente que los servicios son mucho más solicitados por hombres que por mujeres, agregando, en esta ocasión, que en todos los servicios de consulta externa la mayor incidencia se presenta en hombres, que tienden más a padecer trastornos asociados a consumo de sustancias tóxicas diversas.

Finalmente, en este nivel de atención, vuelve a presentarse un patrón similar en las curvas por grupos de edad, con un inicio en el consumo alrededor de los 8 años de edad, un incremento lento hasta los 14, un primer despunte rápido hasta los 24 y el despegue severo desde esa edad hasta los 44, momento en que declina rápidamente pero persistiendo el problema en los adultos mayores.

Es factible diferenciar tres conjuntos, por un lado el de otras drogas psicoactivas, un segundo bloque formado por los solventes, tabaco, otros estimulantes incluyendo cafeína y cocaína, el último grupo, en cuanto a prevalencia, se conforma con sedantes hipnóticos, cannabinoides, opiáceos y bebidas alcohólicas, llama la atención que en este grupo se encuentre el alcohol, ya que es una de las sustancias más consumidas, sin embargo, esto se debe, probablemente, a la tolerancia que hay al respecto, a la visión relativamente benevolente que existe frente al consumo de etílicos, así como al hecho de que las personas con problemas de esta índole, generalmente, no llegan con el psiquiatra o psicólogo, o lo hacen muy tardíamente.

SERVICIOS DE URGENCIAS

En los servicios de urgencias de las unidades médicas del IMSS, ya sea especializadas o generales, el perfil del problema varía, ya que al ser áreas de manejo agudo, generalmente la información presenta diferencias importantes, primeramente predominan las intoxicaciones y trastornos secundarios al consumo de bebidas alcohólicas, seguido, de manera muy separada, de los solventes orgánicos y las otras drogas psicoactivas, siendo prácticamente irrelevante la presencia del diagnóstico de las demás drogas, lo que nos hace pensar que esto se debe, básicamente, a la escasa capacitación en el diagnóstico de la intoxicación aguda con otros tóxicos, así como a la información falseada que proporcionan los pacientes.

En este caso, todos los pacientes son de consulta inicial y casi el 100% son hombres. Siguiendo una curva prácticamente igual a la descrita para medicina familiar y consulta especializada en lo que se refiere a prevalencia por rangos de edad.

Capítulo V.

demanda de la población a través de los servicios telefónicos

Este capítulo contiene información proveniente de dos servicios telefónicos, el Servicio de Orientación del Consejo Nacional contra las Adicciones, reestructurado a partir de un acuerdo firmado por la Secretaría de Salud y Fundación Azteca en marzo de 1999 y el Servicio Telefónico de Orientación en Adicciones de Centros de Integración Juvenil.

Las líneas telefónicas especializadas en adicciones son una vía accesible para toda la población debido a su bajo costo, amplio horario de atención y rapidez en la respuesta. Contribuyen a la detección temprana y derivación oportuna de consumidores de sustancias a los diferentes centros de atención.

Asimismo, son una fuente de información acerca de la forma en que se distribuye el uso de sustancias en las localidades que atiende, las características de esta población y las drogas que se consumen. Es por esto que se consideró pertinente incluir en este documento los datos obtenidos a través de estos medios.

Servicio Telefónico de Orientación CONADIC

Víctor Arriaga Weiss¹, Gabriela Rodríguez Rodríguez²

Con base en el convenio de colaboración firmado por la Secretaría de Salud y Fundación Azteca en marzo de 1999, se reestructuró el Servicio Telefónico de Orientación del Consejo Nacional contra las Adicciones.

Éste trabaja las 24 horas, los 365 días del año, es atendido por un equipo de 106 profesionales de la salud, de los cuales 68 son trabajadores sociales y 28 psicólogos clínicos, todos ellos capacitados en un curso especialmente diseñado para la atención vía telefónica donde se incluyen temas como intervención en crisis y escucha activa.

El Servicio cuenta con treinta líneas a las que se tiene acceso a través de un número de lada 800 por lo que resulta gratuito desde cualquier punto del país.

Se diseñó un sistema de cómputo especializado que permite registrar cada llamada que ingresa, tener un seguimiento de caso personalizado, así como las dudas y comentarios que sobre información tienen los orientadores. Además, cuenta con una base de datos de 755 organismos que enlazan 17,000 servicios de atención al problema de las adicciones, en todos los niveles.

El Servicio Telefónico de Orientación ofrece un medio directo, accesible y confidencial en el que el público encuentra respuestas a sus dudas en relación con las adicciones y orientación en la búsqueda de tratamiento. Este Servicio se ha constituido en un sensor de las necesidades de la población y de las tendencias de consumo a través del registro de las llamadas.

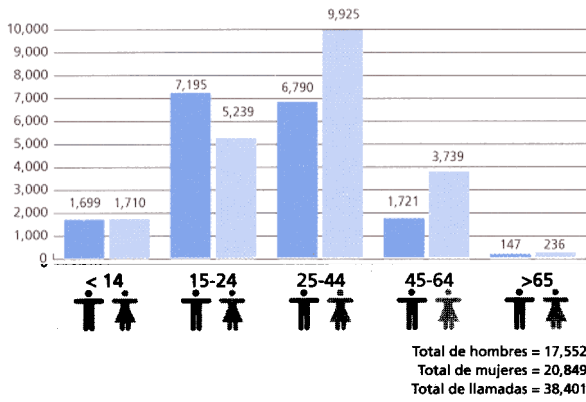
Datos estadísticos para el D.F. De abril 27, 1999 a julio 31, 2001

Edad	Solicitantes	Casos reportados	Sustancias adictivas	Casos totales en el D.F.	
Hombres	<14	1,699	Alcohol	Álvaro Obregón	1,665
	15 - 24	7,195	Tabaco	Atzacapozcalco	1,437
	25 - 44	6,790	Anfetaminas	Benito Juárez	1,055
	45 - 64	1,721	Cocaína	Coyoacán	1,542
	> 65	147	Mariguana	Cuajimalpa	253
	Total	17,552	Éxtasis	Cuauhtémoc	2,268
Mujeres	<14	1,710	LSD	Gustavo A. Madero	3,312
	15 - 24	5,239	Hongos / Cactus	Iztacalco	1,150
	25 - 44	9,925	PCP	Iztapalapa	3,629
	45 - 64	3,739	Barbitúricos	Magdalena Contreras	394
	> 65	236	Analgésicos	Miguel Hidalgo	1,055
	Total	20,849	Tranquilizantes / sedantes	Milpa Alta	59
Total H y M	38,401	21,892	Inhalables	Tláhuac	386
Motivo de las llamadas			Codeína	Tlalpan	1,073
Información		3,941	Heroína	Venustiano Carranza	1,526
Orientación psicológica		243	Morfina	Xochimilco	497
Tratamiento médico		188	Poliusuarios	Total	21,301
Rehabilitación / reincursión		156	No informa		
Emergencia		28	Total		
Prevención primaria		944			
Capacitación		7			
Asesoría legal		3			
Quejas		12			
Denuncias		40			
No se derivan		6			

GRÁFICA 1

Edad y sexo de solicitante

N = 57,467

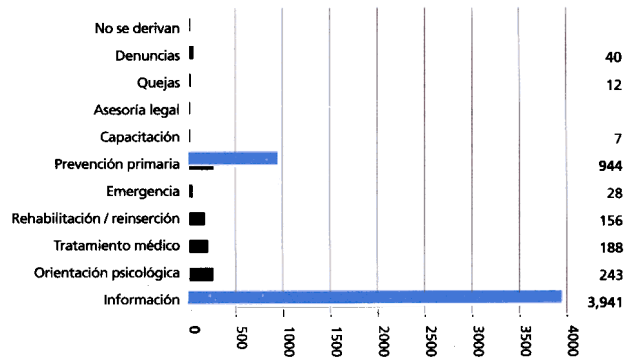


Nota: El número total de llamadas de ambos sexos difiere de esta cifra ya que no en todas se conoce el género y/o la edad de la persona que nos llama.

GRÁFICA 2

Motivos de las llamadas

N = 539,041

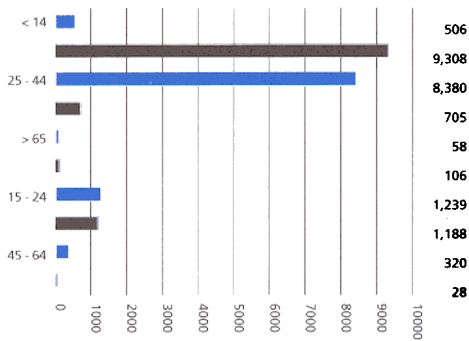


Nota: El número total de llamadas efectivas difiere de lo representado en esta gráfica ya que en la mayoría de los casos los usuarios reportan más de un motivo y no están considerados en

GRÁFICA 3

Edad y sexo en casos

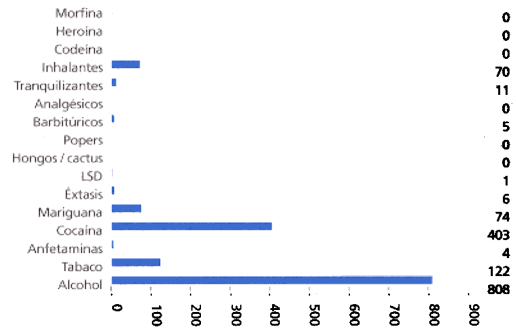
N = 57,467



Nota: El número total de llamadas en casos de ambos sexos difiere de esta cifra ya que no en todas se conoce el género y/o edad de la persona que nos llama.

GRÁFICA 4

Datos estadísticos para el D.F en el periodo del 27 de abril al 31 de julio de 2001



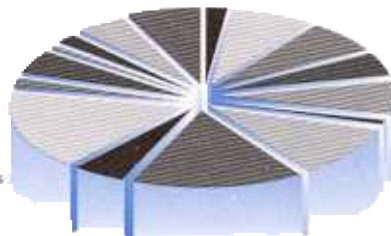
Nota: El número total de llamadas representadas en esta gráfica difiere del total ya que la opción no informa sólo está a partir de medicados del 2000.

Poliusuarios No informa N= 10,371 600 57,467

GRÁFICA 5

Casos por delegación

- 7% Venustiano Carranza
- 5% Tlalpan
- 2% Tláhuac
- 1% Milpa Alta
- 5% Miguel Hidalgo
- 2% Magdalena Contreras
- 17% Iztapalapa
- 5% Iztacalco
- 16% Gustavo A. Madero



- 2% Xochimilco
- 8% Alvaro Obregón
- 7% Azcapotzalco
- 5% Benito Juárez
- 7% Coyoacán
- 1% Cuajimalpa
- 11% Cuauhtémoc

Nota: Por caso se entiende el expediente que se abre cuando un usuario reporta el consumo de alguna sustancia.

Total de casos N= 21,991 57,467

Servicio Telefónico de Orientación en Adicciones.TELCIJ

Ricardo Sánchez Huesca¹, Víctor Manuel Guisa Cruz², Roxana Negrete Lepe³

El Servicio Telefónico de Orientación en Adicciones de Centros de Integración Juvenil (TELCIJ), inicia sus labores en 1978. Actualmente es atendido por ocho psicólogos especializados y funciona 24 horas, los 365 días del año. El servicio se difunde en medios masivos de comunicación e impacta especialmente a la Ciudad de México y la zona conurbada.

Su objetivo es proporcionar al solicitante la información necesaria para que pueda atender su enfermedad adictiva en el CIJ más cercano a su domicilio, derivar otras problemáticas a instituciones adecuadas para su tratamiento y proporcionar una intervención en crisis cuando la situación lo requiera.

La información que se proporciona en este documento corresponde al número de llamadas recibidas en el TELCIJ durante el periodo correspondiente a los años 1996 - 2000.

En éste se recibieron 179,578 llamadas. El año en que se recibieron más fue 1998 debido al mayor impacto de las campañas en medios masivos de comunicación.

La mayoría de los consumidores de sustancias, que llamaron solicitando atención, tenían una edad entre 10 y 29 años.

De 88,547 llamadas de familiares y/o amigos, son mujeres quienes con mayor frecuencia solicitan tratamiento para alguna persona cercana.

En este periodo se recibieron 112,659 de las delegaciones políticas de la Ciudad de México; con mayor demanda de tratamiento: Iztapalapa (16%), Gustavo A. Madero (14%) y Cuauhtémoc (12%).

Se recibieron, asimismo, 51, 996 llamadas de los municipios conurbados. Los que tuvieron mayor demanda de tratamiento son: Ecatepec (23%), Nezahualcoyotl (22%), Tlalnepantla (18%).

CONCLUSIONES

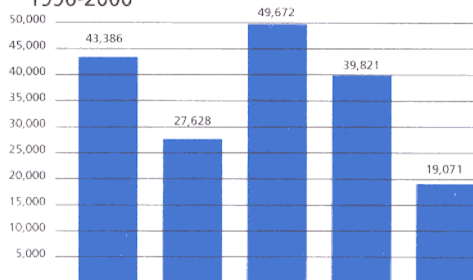
Las delegaciones políticas de la Ciudad de México con mayor número de llamadas son Iztapalapa, Gustavo A. Madero y Cuauhtémoc. Esta información coincide en las líneas telefónicas de CONADIC y CIJ.

Los municipios de la zona conurbada de los que TELCIJ recibió más llamadas solicitando atención son Ecatepec, Nezahualcoyotl y Tlalnepantla.

En cuanto a las drogas de mayor consumo, CONADIC reporta en primer lugar cocaína, seguida de marihuana e inhalables.

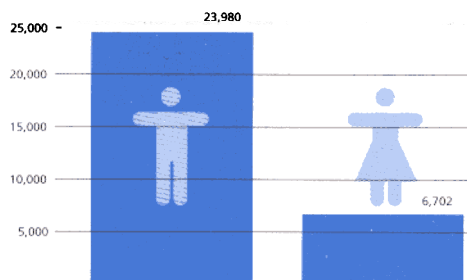
GRÁFICA 1

Llamadas al Servicio Telefónico de Orientación en Adicciones TELCIJ 1996-2000



GRÁFICA 2

Llamadas de consumidores de sustancias por sexo. 1996-2000

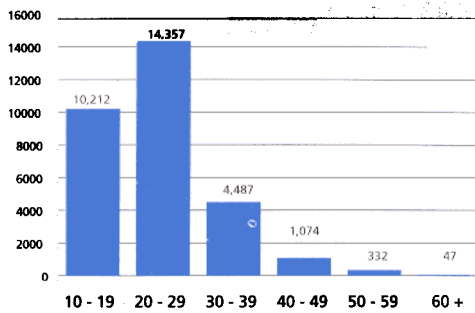


Tipo de servicio solicitado	%
Solicitud de tratamiento	55
Desintoxicación	2
Hospitalización	6
Información sobre tratamiento	18
Crisis emocional por consumo de drogas	1.5
Microtráfico	0.5
Orientación e información sobre prevención	2
Biblioteca	2
Otros servicios CIJ	13
Total	100

N = 144,728 llamadas telefónicas

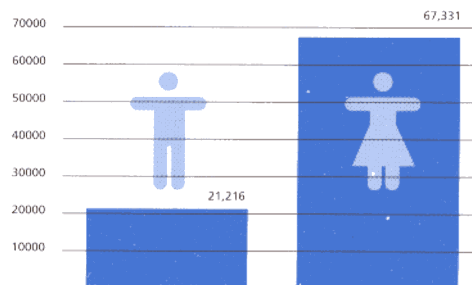
GRÁFICA 3

Llamadas de usuarios de sustancias por edad. 1996-2000



GRÁFICA 4

Llamadas de familiares y/o amigos por sexo. 1996-2000



OBSERVATORIO EPIDEMIOLÓGICO EN DROGAS

El fenómeno de las adicciones en México, 2001

Esta edición consta de 3,000 ejemplares más sobrantes por reposición y se terminó de imprimir en noviembre de 2001.

